

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE QUELQUES ERREURS DE DIAGNOSTIC
DANS
L'APPENDICITE CHEZ L'ENFANT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Mars 1907 à 1 heure

PAR

M. BARILLET

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Président	M. BERGER, professeur.
Juges.	MM. LE DENTU, professeur.
	DE LAPERSONNE, professeur.
	MORESTIN, agrégé.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
G JACQUES, ÉDITEUR
14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon profond et respectueux attachement

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

*Avec ma respectueuse gratitude pour
l'honneur qu'il m'a fait en voulant bien
accepter la présidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES D'ANGERS ET DE PARIS

ANGERS (Stage)

Monsieur le Docteur LEGLUDIC, Directeur de l'École.
Monsieur le Docteur JAGOT, Professeur de Clinique interne.
Monsieur le Docteur TESSON, Chirurgien des Hôpitaux.

(Externat)

Monsieur le Docteur MOTAIS, Professeur de Clinique ophtalmologique.

PARIS (Stage)

Monsieur le Docteur LE DENTU, Professeur de Clinique chirurgicale.
Monsieur le Docteur BERGER, Professeur de Clinique chirurgicale.
Monsieur le Docteur JOFFROY, Professeur de Clinique des maladies
mentales.

Monsieur le Docteur LEPAGE, Professeur agrégé.

(Externat)

Monsieur le Docteur QUEYRAT, Médecin des Hôpitaux.
Monsieur le Docteur ROCHARD, Chirurgien des Hôpitaux.

INTRODUCTION

I

Dans les services de chirurgie d'enfant, on voit entrer un grand nombre de malades avec le diagnostic d'appendicite aiguë ; à Paris par exemple, on en voit environ 250 par an, dans un grand service.

L'appendicite aiguë chez l'enfant, a d'ordinaire un tableau symptomatique net, actuellement bien connu. Les formes graves sont plus fréquentes que les autres et, on est rarement amené à discuter le diagnostic. On pense communément que chez l'enfant on ne se trompe, pour ainsi dire, jamais en pareil cas, d'où le grand nombre des opérations pour cette affection.

Mais de temps à autre, cependant, à l'ablation de l'appendice on le constate peu altéré macroscopiquement ; il est relativement rare qu'on en fasse l'examen microscopique, on se contente le plus souvent de le sectionner dans sa longueur après l'acte opératoire : fréquemment le chirurgien annonce une folliculite.

La folliculite hémorragique a servi de justification à un grand nombre d'opérations, les anatomo-pathologistes avaient autrefois décrit celle-ci comme une lésion véritable, pathologique, une variété de processus inflammatoire. On sait

téro-colite muco-membraneuse, de vomissements paroxystiques, l'opération est pour le moins inutile et on peut dire de ces malades, suivant l'expression de M. Dieulafoy que, « balafrés » ils continuent à souffrir de leur principale lésion.

L'entéro-colite muco-membraneuse est bien connue. Tandis que chez l'adulte, on sait qu'appendicite et entéro-colite sont indépendants, chez l'enfant, une opinion fréquemment accréditée encore veut que l'appendicite soit la conséquence d'une entéro-colite et fasse souvent partie de ces symptômes ou de ses suites. En réalité, ce sont deux affections différentes.

CHAPITRE PREMIER

ERREUR DE DIAGNOSTIC AVEC L'INFLAMMATION DU DIVERTICULE DE MECKEL

On connaît depuis peu les complications multiples auxquelles peut donner lieu l'inflammation du ou des diverticules de l'intestin. On conçoit que la symptomatologie d'une diverticulite revêt en général les caractères que l'on connaît de l'appendicite ; et bien souvent l'erreur de diagnostic est faite. Celle-ci est rare chez l'enfant, nous en avons relaté une observation fort intéressante recueillie dans le *Lyon médical*, tome CVIII, n° 6 (dimanche 10 février 1907).

En chirurgie infantile, semblable erreur est très difficile à éviter, mais fort heureusement elle n'est pas néfaste, car l'intervention est commandée, l'indication opératoire des plus formelle.

Le diagnostic ne peut se faire qu'à l'opération. Tout au plus pourrait-on y penser auparavant.

Dans l'observation que nous relatons, on enleva dans un premier temps l'appendice sain ; la continuation des accidents nécessitant une deuxième intervention montra le corps du délit ; les lésions constatées sont semblables à celles que cause l'appendicite en pareil cas :

Observation 1. — Occlusion intestinale par diverticulite de Meckel, par MM. P. VIGNARD, chirurgien de la charité de Lyon M. GRUBER, interne des hôpitaux). — Depuis 18 mois, l'enfant avait présenté à 3 ou à 4 reprises, des crises consistant en douleurs abdominales, sous-ombilicales, très violentes, sans ballonnement du ventre, accompagnées de vomissements brunâtres, ressemblants à des vomissements sanglants, jamais bilieux ni fécaloïdes ; au cours d'une de ces crises, le médecin de l'enfant aurait vu une anse intestinale se dessiner nettement dans la région hypogastrique, à droite de la ligne médiane. Aucun diagnostic certain ne fut posé, on soigna l'enfant pour de l'entéro-colite muco-membraneuse.

M. Bouveret le vit au début de 1905. Pensa plutôt à des crises appendiculaires et conseilla une intervention qui fut faite en juin par le docteur Jossierand.

On trouva un appendice rétro cœcal d'apparence normal, entouré seulement de quelques adhérences filamenteuses. Après l'appendicectomie, l'enfant, guéri en apparence rentra chez lui.

Ce ne fut qu'au mois de décembre suivant qu'il fut repris de crises absolument analogues à celles qu'il avait présentées dès le début avant son opération, Il eût encore des vomissements brunâtres, nettement hématiques, accompagnés d'un état abdominal, réalisant absolument un tableau d'occlusion intestinale.

C'est à ce moment qu'il fut amené au docteur Vignard. L'enfant, le teint pâle, les yeux excavés, le nez pincé et froid était couché sur le côté ; les cuisses fléchies, l'abdomen rétracté, sans point particulièrement douloureux. On vit cependant une fois une anse intestinale dilatée se dessiner au-dessus du pubis et on constata du clapotage très net dans toute la région sous ombilicale ; par contre, aucune matité, ni sonorité anormales, pas d'immobilisation de l'abdomen et jamais aucun ballonnement.

Le toucher rectal donnait la sensation d'une masse molle, dépressible, occupant le cul-de-sac vésico-rectal, traduisant une anse intestinale moyennement dilatée, et le doigt ramenait un liquide assez analogue à celui des vomissements. La suppression des matières et des gaz était absolue ; température, 37°1 à 37°2. Pouls 140 Urines claires, mais rares. Comme la précédente, cette crise se dénoua d'elle-même

sans intervention, sans médication ; les vomissements disparurent avec la réapparition des matières et des gaz.

Le 10 décembre, le toucher rectal ne révélait plus rien d'anormal ; le 12 décembre, les selles devenaient régulières et l'état général se relevait rapidement. Il est à noter cependant que le clapotage hypogastrique persista assez longtemps et ne disparut que le 21.

L'enfant quitta le service ce même jour et se porta bien pendant une année à peu près.

En effet, le 4 novembre 1906, il revenait en pleine crise d'occlusion et dans le même état alarmant qu'à son dernier séjour, avec les mêmes symptômes : vomissements, abdomen rétracté, clapotage hypogastrique. Le docteur Vignard se décida à une laparotomie immédiate.

L'incision médiane sous-ombilicale conduisit sur deux anses grêles, énormément dilatées, atteignant le volume du gros intestin normal et qui occupaient la région hypogastrique, donnant lieu au clapotage perçu. On rechercha la cause de l'étranglement et en suivant ces anses, on tomba sur un rétrécissement brusque du grêle, leur faisant suite et situé assez profondément sur la ligne médiane, au niveau des insertions mésentériques voisines du rachis. Là, apparaissent accolés deux ou trois segments d'intestin grêle, réduits, noyés dans des adhérences anciennes et serrées ; celles-ci furent difficilement sectionnées, l'intestin se dégagea, et lorsque la libération des adhérences fut aussi complète que possible, on vit que l'apparence inextricable donnée par l'intestin, qu'on aurait pu croire tout d'abord tordu sur lui-même, enroulé en boucle se résolvait ainsi : il y avait là un diverticule de Meckel, gros comme l'intestin lui-même, simulant une portion de grêle, long de 0,04 à 0,05 centimètres environ, adhérent par son extrémité libre au mésentère : du fait de cette adhérence, l'intestin se couvait et s'étranglait sur le diverticule tendu ; des poussées inflammatoires successives avaient fini par fixer d'une façon définitive cette situation.

A ce moment de l'intervention, l'état de l'enfant devint très alarmant, le pouls filant, presque insensible, respiration ralentie, superficielle, la pupille dilatée, en un mot en état de shock caractérisé, exigeait que l'intervention fut rapidement terminée. Le traitement idéal eut été évidemment la résection du segment intestinal rétréci

qui portait le diverticule, mais il n'y fallait pas songer dans ces conditions ; de même l'ablation du seul diverticule était impossible, car sa section eut été équivalente à celle de l'intestin ; invaginer le diverticule, assez court, eût été simple et d'exécution rapide, mais l'anse trop étroite se serait sûrement obstruée.

Comme il fallait cependant supprimer d'une façon définitive cette cause permanente d'occlusion, on eut l'idée de suturer le diverticule le long de l'intestin, et par des points séreux, assez nombreux, on accola solidement le diverticule à l'intestin en manière de canon de fusil double : on réduisit ainsi à une sorte de doigt de gant aplati, doublant sur un côté la paroi de l'intestin, incapable de former désormais une corde tendue sous ce dernier.

Les suites opératoires furent très simples ; la température de 39°4 avant l'opération, s'abaissa en 9 jours à 37°3 ; le malade cessa de vomir le soir même ; deux jours après les selles revinrent sous l'influence d'abord d'un léger lavement, et les jours suivants une cueillerée d'huile de ricin.

L'enfant s'alimenta et reprit rapidement ses forces, il quittait la Charité 12 jours après.

Observation 2. — Erreurs de diagnostic avec torsion de pédicule de kyste organique (*personnelle, résumée*). — Il s'agit d'une enfant de 14 ans entrée à l'hôpital avec des symptômes typiques d'une appendicite aigue, hyperthermie 38°5, vomissements, plastron, constipation. On laissa refroidir ; les symptômes s'amendèrent.

A l'intervention qui eut lieu 1 mois 1/2 après, on fut surpris de trouver un kyste ovarique ordinaire avec pédicule tordu ; contenu hémorragique, extirpation. drainage, guérison.

Observation 3 (M. MONNIER) (*résumée*). — Une enfant de 15 ans environ se présente avec tous les signes d'une appendicite, mais au moment de l'intervention qui fut faite à froid, on trouva un kyste dermoïde de l'ovaire droit tordu.

Des faits de cet ordre sont rares, ils constituent des curiosités intéressantes ; d'ailleurs, l'erreur ne comporte pas de gravité, puisque, somme toute, l'intervention, une fois les phénomènes inflammatoires aigus passés, est indiquée dans

les deux sortes de cas et donne de bons résultats presque toujours !!!

Observation 4. — Erreur de diagnostic avec la péritonite à pneumocoques (Broca, *Leçons cliniques de chirurgie infantile*, 1902, 30^e leçon) — Une enfant âgée de 10 ans et demie, à antécédents nuls, sauf la scarlatine à 6 ans, était sujette depuis 4 ans de temps à autre à des douleurs dans la fosse iliaque droite avec diarrhée au moment de ses crises; puis, brusques douleurs abdominales le 6 mai avec frisson et diarrhée. Du 10 au 13 mai vomissements porracés, 14 mai deux vomissements noirs et fétides. Le 15 mai au matin, elle en eût encore un.

C'est dans ces conditions que l'enfant fut apportée à l'hôpital dans la journée du 15 mai, et en présence de cette histoire, l'interne Bisch conclut à l'appendicite. Cathétérisme. Vessie distendue par 250 grammes d'urine. Le ventre apparut modérément ballonné avec douleur à la pression à droite un peu au-dessus du point classique de Mac Burney. On ne sentait aucun plastron abdominal, aucun empatement, rien au toucher rectal. La langue était saburrale, mais humide. Température 38°,7. Pouls à 130. Pas un symptôme n'indiquant une opération urgente. L'enfant fut mise au traitement par l'opium et la glace sur le ventre et le lendemain, je la trouvai en voie d'amélioration légère 38°,4. 120 de pouls. Quelques nausées, mais pas de vomissements, un ventre un peu ballonné douloureux à la pression nettement au-dessus du point de Mac Burney. Je conclus à une appendicite sans foyer actuellement collecté.

Mais le lendemain 17 mai, à la visite du matin, cette appendicite commença à me paraître singulière.

Après avoir monté le 16 au soir à 38°,8 la température était à 38°,2. Quoique la défervescence ne fut point franche sous le traitement médical, je ne trouvai toujours aucun signe de foyer localisé dans ce ventre facile à palper, car il était seulement un peu météorisé, sans défense musculaire; rien non plus au toucher rectal; le pouls assez fort et régulier battait à 128. Pas de vomissements, langue humide, mais le nez s'était nettement effilé, les yeux s'étaient excavés, dans le doute je décidai d'intervenir.

Lorsque j'arrivai le 18 au matin pour pratiquer l'opération, la scène avait notablement changé. Température 37°,2. Pouls 135 et

petit. M. Bisch me raconta que pendant la nuit il y avait eu brusquement une crise grave conjurée par des injections de caféine et d'éther, où l'enfant s'était refroidie, tandis que le pouls devenait incomptable. En même temps le point jusqu'alors douloureux au dessous du foie était devenu insensible à la pression.

Avec mon diagnostic d'appendicite d'abord, je me demandai donc d'abord si pour la première fois je ne m'étais pas laissé surprendre par une péritonite généralisée que j'aurais pu éviter par une opération plus précoce, mais en palpant le ventre, je constatai que j'obtenais par la chiquenaude, l'autre main étant à plat, une sensation très nette de flot ascitique. Partout cependant le ventre météorisé était sonore à la percussion, sauf en arrière dans les flancs. Cela me parut étrange et alors, malgré les crises antérieures, je songeai à la diarrhée initiale, à la localisation de la douleur au début, et avant d'opérer, j'émis l'opinion qu'il ne s'agissait pas d'une appendicite, mais probablement d'une péritonite à pneumocoques.

En effet, l'intervention montra qu'il y avait au moins un litre de pus dans le ventre. Le pus était crémeux avec fausses membranes caséeuses et M. Netter y a trouvé le seul pneumocoque.

24 mai : état abdominal étant et restant satisfaisant débuta une bronchopneumonie mortelle en trois jours. A l'autopsie, on vit des noyaux dans les deux poumons tandis que le péritoine était en voie de réparation manifeste.

Observation 5 (Broca, *idem*). — Cette observation est intéressante au point de vue du diagnostic, car d'abord on crut à une appendicite et d'autre part lorsque j'opérai, je pensai bien ouvrir une péritonite tuberculeuse. Le 17 janvier 1900, une enfant âgée de huit ans et demie avait été à l'école comme d'habitude. Le 18 janvier, brusquement, elle fut prise de vomissements et de douleurs abdominales sur laquelle la mère insiste sans pouvoir préciser leur siège exact. Ces douleurs vite généralisées et les vomissements persistèrent avec des accalmies du 19 au 23 janvier. Et comme en outre il y eut de la diarrhée et quelques légères épistaxis un médecin diagnostiqua une fièvre typhoïde. Mais lorsque le 24 janvier, la fillette fut admise à Trousseau dans le service de M. Richardière, les vomissements, le brusque début par des douleurs abdominales, firent conclure à l'ap-

pendicite. 40°. Facies fatigué, langue sèche et blanche au centre, rouge sur les bords, ventre ballonné et douloureux au moindre contact.

Mais défense musculaire minime et d'autre part il n'y avait aucun foyer localisé, aucun empâtement phlegmoneux. Déjà il y avait cependant de la matité dans l'hypocondre, les flancs et surtout la fosse iliaque droite.

Les jours suivants sous l'influence du repos, de l'opium, de la glace sur le ventre, l'état s'améliora. Les douleurs étant moins violentes, l'enfant se laissa facilement explorer et le 29 janvier, on commença à percevoir la sensation d'une collection dans la fosse iliaque droite.

Pendant ce temps, la température de 40° à l'entrée était tombée en escalier à 37°5 en date du 28 tandis que le poulx devenait bon. Aucun inconvénient à alimenter l'enfant.

Mais dès le lendemain 30 janvier survinrent des vomissements bilieux et on songea à me faire intervenir d'urgence. Pourtant cela se calma jusqu'au 2 février, date à laquelle avec deux vomissements, on nota une diminution du poulx et de la température, celle-ci oscillant autour de 37°5, tandis que les battements allaient de 120 à 140.

En même temps le ventre devenait plus ballonné et plus douloureux.

Le 5 février on fit passer l'enfant dans mon service. Cette appendicite me parut alors bien anormale, car avec de semblables symptômes de péritonite, une pareille survie était étrange.

Ventre étalé, mou, avec ombilic peu saillant autour duquel la pression était douloureuse.

En palpant, je ne sentis aucun empâtement, mais la matité était nette à droite surtout, et à la chiquenaude, j'eus la sensation d'un épanchement ascitique, mobile, peu tendu. Je conclus à une péritonite tuberculeuse. Le 8 février, laparotomie médiane. Deux litres de pus vert, épais, à fausses membranes caractéristiques, pus à pneumocoque ce que vérifie l'examen bactériologique. Guérison.

On commet assez rarement l'erreur de diagnostic de l'appendicite avec la péritonite à pneumocoque, car l'état général n'est pas en rapport avec celui d'une péritonite aiguë généralisée.

d'origine appendiculaire. La douleur n'est à peu près jamais très localisée. La sensibilité à la palpation a son maximum plutôt aux environs de l'ombilic ; le ventre est plutôt gros, il contient beaucoup de liquide ; à tel point que l'on obtient facilement la sensation de flot. Il y a souvent de la diarrhée initiale. Au surplus pareille erreur est dépourvue d'inconvénient au point de vue thérapeutique : la laparotomie montre un pus extrêmement abondant, épais, vert dans un péritoine que cloisonnent de nombreuses fausses membranes ; le laboratoire ne fait que confirmer le diagnostic redressé au cours de l'intervention.

Mais le pronostic est tout différent ; dans l'immense majorité des cas, il est bon en présence d'une péritonite à pneumocoque, tandis qu'il est bien compromis dans une péritonite appendiculaire.

CHAPITRE II

ERREURS DE DIAGNOSTIC AVEC LA PÉRITONITE A GONOCOQUES DES PETITES FILLES CONSÉCUTIVES A LA VULVITE

Broca disait, à la Société de pédiatrie le 21 février 1905, que l'on voit assez fréquemment dans les services de chirurgie (3 ou 4 fois par an en moyenne) des péritonites à gonocoques avec le diagnostic d'appendicite.

L'erreur de diagnostic est d'autant plus sérieuse que le traitement chirurgical n'est pas accepté unanimement, tant s'en faut.

En effet, Broca n'est point partisan de la laparotomie pour cette péritonite et il a pu constater à l'appui de son opinion que dans la presque totalité des cas, quelque soit l'ensemble symptomatique, la guérison survient spontanément. Les médecins en général sont du même avis. Variot et Netter par exemple. M. Caubry a publié autrefois l'histoire de 8 cas de péritonite gonococcique dont 2 très graves pour lesquels il avait consulté M. Brun. Ce chirurgien crut à l'appendicite mais il refusa d'intervenir à cause de la petitesse du poulx, de la faiblesse des malades et de la situation quasi désespérée.

La guérison survint spontanément chez toutes les fillettes. Aussi M. Caubry pense-t-il qu'il ne faut pas y toucher.

M. Maclair, à la Société de pédiatrie du 18 avril 1905 pense qu'il faut être moins optimiste que les auteurs précédents et adopte la formule opportuniste de Sevestre : « Il faut intervenir si la situation est menaçante et ne pas attendre qu'elle soit compromise. Si la laparotomie fut souvent suivie de mort, c'est qu'elle a été faite trop tard ».

M. Maclair rappelle 7 cas mortels spontanés et dit que sur 7 autres observations avec interventions, il y a 3 guérisons.

M. Richardière a eu l'occasion d'observer une quinzaine de péritonites gonococciques chez les fillettes, toutes ont guéri sans qu'il ait fait intervenir le chirurgien.

M. Broca rapporte de son côté une erreur de diagnostic qu'il fit en commun avec M. Richardière. Il s'agissait d'une fillette qu'ils crurent atteinte d'appendicite mais que M. Broca n'opéra point parce que l'état lui avait paru trop grave.

Or, le lendemain, amélioration puis guérison rapide.

La péritonite à gonocoques existe donc avec une certaine fréquence et son tableau symptomatique est en général à peu de chose près, celui d'une péritonite d'origine appendiculaire, péritonite par perforation, ou péritonite septique diffuse, cas qui rentre dans la catégorie des appendicites à pronostic à peu près fatal. En général, quand on méconnaît la péritonite à pneumocoques, on n'intervient point parce que le cas semble trop désespéré et que l'on vient de faire une intervention *in extremis* sans la moindre chance de succès. Cependant, il semble bien que l'abstention pur, soit ce qu'il y a de mieux à opposer à la péritonite à gonocoque ; l'intervention chirurgicale, à part quelques rares cas, est suivie de désastres.

Il ne faut pas omettre en présence d'un état péritonéal grave chez une fillette, d'examiner la vulve, d'interroger l'enfant et les parents sur l'existence et la nature d'écoulements vaginaux et sur la filiation des accidents.

La vulvite peut dater de longtemps, quelques mois par

exemple. La vulve est rouge, parfois érythème à la partie supéro-interne des cuisses, œdème des petites lèvres. L'écoulement est plus ou moins abondant ; en général, c'est plutôt un peu d'agglutinement entre les petites lèvres par une mince couche de muco pus verdâtre ; parfois au contraire, la sécrétion est abondante et, en écartant les lèvres, le pus peut jaillir comme pour l'ophtalmie purulente.

Lorsque ce syndrome est au complet et surtout qu'il est accentué, pour peu que la douleur soit accusée au niveau de la région vulvaire et vaginale (élancements, cuisson, etc.), le diagnostic sera aisé et le diagnostic de péritonite à gonocoques s'imposera et d'après la majorité des auteurs, l'abstention est ce qu'il y a de mieux.

Mais, si l'on n'y pense point, ce qui est le plus fréquent, on pensera inévitablement à une péritonite suraiguë, généralisée à point de départ vraisemblablement intestinal et l'appendicite sera la lésion supposée causale ; selon le tempérament de celui qui voit la malade, il s'abstiendra, pensant la malade perdue, ou voudra tenter de sauver l'enfant par une laparotomie hâtive avec drainage.

La difficulté principale réside surtout dans ce fait : les symptômes de la vulvite peuvent être très peu accentués, soit que localement les lésions soient en voie de rétrocession accentuée après une phase aiguë passée depuis longtemps, soit que la vulvite ait d'emblée revêtu un caractère de chronicité. L'absence complète de douleur, peut la faire méconnaître.

En présence d'une fillette présentant les signes d'une péritonite, il faut toujours penser au gonocoque, quelle que soit la classe de la société à laquelle on a affaire.

On sait en effet maintenant qu'une des très nombreuses causes de cette vulvite, réside dans les irrigations ou nettoyages de la région vulvaire, avec des canules, des éponges ou des linges véhiculant un gonocoque étranger. Il faut exa-

miner toujours la vulve de ces enfants et rechercher au besoin l'existence de rougeurs ou de sécrétions des petites lèvres, de l'hymen.

L'interrogatoire dans les cas très fréquents de vulvite larvée à symptômes peu marqués n'apprendra en général pas grand chose mais il faudra penser de suite à la péritonite à gonocoque, surtout si l'absence de crises analogues antérieures permet d'éliminer l'appendicite.

En tant que péritonite, elle simule absolument la péritonite grave appendiculaire ; toutefois, Broca a remarqué que les enfants atteintes de péritonite à gonocoque présentaient un aspect cyanique particulier qui dans le cas de doute pèsera en faveur du microbe de Neisser.

Ce genre d'erreur de diagnostic peut être évité dans la majorité des cas : il faut y penser, interroger dans ce sens, examiner les organes génitaux externes, voir s'il y a corrélation. Mais il est incontestable que dans un petit nombre de cas, l'erreur sera presque inévitable, si, même en y pensant on ne trouve plus rien au niveau de la vulve, même pas une tache empesant le linge, les lésions ayant marché rapidement et évolué dans le ventre sans laisser de trace au niveau de la région hyménéale.

CHAPITRE III

PÉRITONITE PAR SALPINGITE AIGUE DES PETITES FILLES

Une erreur de diagnostic assez peu connue en France, tout au moins écrite, car on n'en n'a pas publié d'observations, vient d'être bien étudiée en Allemagne.

Le professeur Riedel d'Iéna vient en effet de faire sur ce sujet un article intéressant dans : *Archiv. für klinische Chirurgie von Langenbech*, 1906, 81 Band 1. Theil, page 186.

C'est ce travail que nous avons traduit *in extenso*.

Nous en donnerons ici une analyse détaillée avec les observations.

L'auteur fait remarquer que l'iléon « a perdu une partie de la crainte qu'il inspirait, étant donné, que l'on classe de prime abord les malades sous le diagnostic d'appendicite ».

On classe de même sans chercher plus sous le même diagnostic, les malades atteints de cholécystite aiguë, pancréatite, thrombose de la veine mésentérique, les femmes atteintes d'un petit kyste de l'ovaire avec circumversion et salpingite consécutive.

C'est un fait commun que la salpingite purulente avec péritonite consécutive se voit souvent chez les femmes adultes ; on sait moins que les jeunes et même les petites filles peu-

vent avoir souvent la salpingite purulente, et d'une manière grave.

Dans les cas de ce genre, la douleur se localise d'ordinaire vivement en des coliques aiguës et des vomissements violents, température 39° à 40°. Pouls vite et petit; tandis que le ventre se ballonne rapidement. Les enfants s'abattent vite, sont apathiques et souvent un peu cyanosés. Si on ouvre l'abdomen, on le trouve rempli de pus fibrineux, tantôt clair, tantôt caractéristiquement épais. Les intestins sont recouverts de masses fibrineuses; jamais le pus n'est fétide, il est fade et inodore.

Dans une observation (n° 4) le pus a été plus coulant, il s'est trouvé une grande quantité de pus clair dans l'abdomen, quatre semaines après l'apparition des douleurs.

Le pronostic de la maladie est absolument déplorable: sur huit malades opérés, sept ont été autopsiés, une neuvième petite fille qui se présentait avec les mêmes douleurs, n'a pas été opérée, étant trop faible; les parents en défendirent l'autopsie.

Observation 6. — S. P., 6 ans, entrée le 10 avril 1902, malade depuis 6 jours, à partir de l'apparition des douleurs. Ventre très ballonné, pas de mouvements péristaltiques.

Bruits auditibles dans l'intestin. Température 38°5, Pouls 140°, nulle part de matité à signaler, mais au toucher rectal, on sent une collection très fluide dans le petit bassin. Une incision médiane montre: la liberté des intestins avec des amas de pus mixte dans l'abdomen. Partout du pus fibrineux dans les intestins. Les corps bordants sont des deux côtés rougis. L'appendice, refoulé sous le cœcum, jusque dans le petit bassin, est enlevé. Le microscope montra qu'il était tout à fait normal. Le ventre est vidé, drains enroulés dans le douglas. Fin rapide le soir.

L'autopsie montre une péritonite généralisée; le vagin est rose pâle, violacé. L'utérus et les ovaires sont très enflés, violets, ainsi que les trompes.

Observation 7. — F. 9 ans, entrée le 4 juillet 1902.

La petite fille était absolument bien portante jusqu'alors ; elle souffre depuis 60 heures de perturbations gastriques ; hier soir la région hypogastrique droite n'était pas encore intéressée. Température à ce moment 38°3. Pouls normal très petit.

Le soir 39°3. Pouls petit, bien portant.

Le ventre est ballonné. L'incision montre du pus libre dans l'abdomen.

L'appendice *intact* est enlevé. L'abdomen vidé. Mort après 24 heures.

Autopsie : Les 2 trompes et les 2 ovaires sont couverts de fibrine jaunâtre. Le vagin violacé en bas, pâle en haut.

Utérus gris, jaune pâle dans toute son étendue, lisse. Le pavillon droit violet.

Dans l'ampoule très peu de liquide trouble. Péritonite générale.

Observation 8. — S. C. ; 9 ans. Entrée le 24 avril 1904. Cette enfant jusqu'ici bien portante, tombe malade le 22 avril 1904, à six heures du soir, par des coliques et des vomissements jusqu'à une heure du matin.

Les jours suivants, nouvelles coliques jusqu'à évacuation par clystère ; la malade s'endort ensuite. Ce matin, elle consulte un médecin qui l'envoie aussitôt à l'hôpital. Aspect : Ventre tendu, dur. Compression très violente du bas du cœcum ; pas d'infiltration, aucune matité ; pas d'écoulement hors du vagin. Incision à droite. Cavité abdominale pleine de pus épais, fétide. Intestins injectés. L'appendice enlevé, montre seulement la trace d'hémorragies précédentes. Beaucoup de pus dans le petit bassin. Trompe droite normale, la gauche est épaissie. Par la pression, le pus fuse hors de la trompe, au-delà de l'ovaire inondé. Abdomen vidé. Incision à gauche pour le drainage. Le 25 avril 1904, l'enfant s'est heureusement remise, encore fiévreuse, quand survient une pneumonie double. Le 13 mai, surviennent des vomissements. Le lendemain matin, température 39°3. Pouls petit, 120 ; on constate des mouvements péristaltiques distincts, du jéjunum, jusque au-dessus de la symphise. D'où incision médiane : parties du jéjunum doublement adhérentes dans le petit bassin. Devant et derrière l'utérus, collections purulentes grosses

comme une pomme au moins, toutes deux dans le ligament latéral droit. Le rectum adhérent à gauche à la place des drains, est séparé. Mort le 15 mai.

L'autopsie donne une pneumonie double, en bas et en haut, et un thrombus du cœur. Il y a encore une petite collection purulente en bas et à gauche dans le bassin.

Observation 9. — P., 8 ans, entrée le 4^{er} mai 1905. Depuis 3 semaines selon le rapport de la mère, elle eût des coliques aiguës, puis de la fièvre, et fut admise à la clinique avec le diagnostic d'appendicite.

Etat actuel. — Enfant pâle, ventre durement ballonné. Fluctuation nette, pas de fièvre. Le diagnostic se porte d'abord vers la tuberculose, puis fut rejeté.

Après quelques jours la température monta à 38°. Le 8 mai 1905, je fais une incision médiane. Il y a une masse énorme de pus clair qui s'est glissé entre la paroi abdominale antérieure et l'épiploon. Celui-ci recouvre complètement les intestins qui ne peuvent être aperçus. A droite il suit derrière l'appendice une voie bien plus basse. L'appendice enlevé se montre absolument sain. Ventre vidé, drains enroulés dans le Douglas et dans les deux régions lombaires, suture de la paroi.

Le 10 mai, enfant bien portante, commence à manger, mais la suppuration persiste. Elle augmente bientôt même puis l'enfant maigrit de plus en plus se cachectisant. Quatre semaines après les parents l'emmènent à leur maison où elle meurt le 29 juin. Pas d'autopsie.

Observation 10. — S. C. H., 7 ans, entrée le 25 mai 1905, a été soi disant écrasée à l'école 30 heures auparavant, a depuis des coliques et beaucoup de température. Actuellement elle a 40°. Un pouls petit et rapide. Ventre tendu lisse et dur. Enfant déprimée. Incision médiane. La pression fait apparaître un muco pus liquide. Les intestins sont couverts de fibrine de toute part. L'appendice repose dans le petit bassin. Il est petit, il paraît sain.

Le 27 mai, l'enfant se met à avoir de la diarrhée et de la pneumonie. Le 30 mai, mort.

Autopsie. — Pleurésie purulente à droite, pneumonies aux deux bases. A droite on en trouve aussi au sommet. Péritonite généralisée.

La muqueuse du vagin est violacée, celle du col de l'utérus est pâle, celle du corps est légèrement injectée. Sur les corps bordants des deux côtés, du pus gris jaunâtre.

Observation 11. — G., 6 ans, entrée le 22 janvier 1906, a toujours été pâle et souffreteuse. Hier soir, elle était bien portante et elle a bien dormi. Ce matin violentes coliques. Elle entre à midi avec une température de 39°. Un pouls petit à 150. Muscles de l'abdomen fortement contractés. Incision en zig-zag. Pas de liquide libre dans l'abdomen. Mais les intestins sont couverts de fibrine. L'appendice ne présente pas de lésions histologiques. Il contient seulement un oxyure vermiculaire.

Mort le jour suivant.

Autopsie. — Péritonite généralisée.

Observation 12. — B., 5 ans et demie, entrée le 25 septembre 1906.

Malade depuis 48 heures. Coliques et vomissements. L'enfant est abattue est très agitée. Température 37°3, pouls 128. Ventre un peu ballonné. Parois partout fortement tendues. Incision en zig-zag. Parois de l'abdomen libres d'adhérences. Dans l'abdomen, pus fibreux inodore. L'appendice est sur la ligne médiane. Macroscopiquement il est peu modifié : La coupe le montre légèrement rougi dans sa partie libre. Trompe droite très dilatée. L'enfant somnole agitée. Abdomen gonflé et mou. Le 24 septembre au soir, mort. Autopsie, Salpingite purulente à droite. Muqueuse de l'utérus injectée. La culture du contenu de l'intestin montre au bouillon de culture des cocci en forme double. A l'agar culture, des colonies en tas. Au microscope, des cocci en forme de streptocoques.

Observation 13. — M., 4 ans et demie, entrée le 23 septembre 1906. Sa sœur a été opérée d'appendicite l'année dernière. Colique jusqu'à avant hier. Hier matin encore pas de fièvre. Hier soir 38°7. Ce matin 40°. Pouls 150.

Intestin gonflé, tendu. Incision à droite. Un peu d'œdème préperitonéale. Pus et masse fibrineuse dans l'abdomen. Trompe droite rougie en sa partie bordante. Cœcum étranglé en bas. L'appendice est enlevé. Il est dans sa partie libre couvert d'une rougeur circulaire.

Incision à gauche. Abdomen vidé. Le 25 septembre mort. Autopsie. La trompe droite très rougie et épaissie, laisse fuser du pus à la pression. La trompe gauche est pâle. Elle laisse cependant aussi sourdre du pus à la pression dans le corps de l'utérus.

La muqueuse de ce dernier est rougie, celle du col pâle, de même celle du vagin.

L'examen du contenu de l'intestin donne au bouillon de culture des cocci en diploforme, quelques streptocoques et de rares bacilles. A l'agar culture de vagues colonies blanchâtres et une colonie jaunâtre (staphylocoques). La colonie blanchâtre montre des cocci en masses, réunis en deux groupes en forme de semelles. Pas de staphylocoques. Ces colonies ont gardé une teinte rosée jusqu'au 9 octobre 1906.

Sur ces 8 cas les numéros 2, 3, 5, 7 et 8 avaient manifestement une salpingite. En effet le pus a été découvert dans les trompes soit à l'opération, soit à l'autopsie. Il ne s'agit certainement pas de gonocoques. Les examens ont démontré la présence de collections purulentes ordinaires.

L'infection s'est évidemment propagée par la voie du vagin, dans l'utérus jusque dans les trompes et de là dans la cavité abdominale. Les enfants étaient avant leur maladie absolument bien et n'avaient fait dans les derniers temps aucune maladie infectieuse. Cependant le mode d'introduction de l'agent infectieux dans les organes génitaux des petites filles est fort peu clair. On ne peut absolument pas songer à la masturbation chez des enfants d'une moyenne de 4 à 5 ans. Il n'y a pas d'écoulement hors du vagin. La muqueuse du vagin en général est pâle, excepté celle du n° 5 dont le col et le corps de l'utérus étaient injectés fortement. Ce n'est pas ici le cas d'adopter l'explication suivante. Une femme prend le gonocoque par son mari, se lave le vagin par mesure prophylactique, et se sert de la même canule pour son enfant. Le résultat est l'infection du vagin, de l'utérus, des trompes et enfin de la cavité abdominale par le gonocoque; la cavité

abdominale est pleine de pus, fluide, jaune d'or, par suite de la blennorrhagie.

L'enfant guérit par le nettoyage de la cavité abdominale.

Dans les observations relatées par Riedel, il s'agit de staphylocoques et de streptocoques, lesquels s'étendent après s'être fixés sur le vagin, le col, peut-être auparavant le corps de l'utérus, sûrement sur les trompes et de là dans la cavité abdominale.

Les faits dont il s'agit ici, ont un réel intérêt clinique. Le diagnostic porté a été d'appendicite.

Depuis le 1^{er} janvier 1901, l'auteur a observé mille douze cas d'appendicite sur lesquels 48 petites filles.

Actuellement, il est si persuadé de la fréquence de la salpingite en pareil cas, qu'il avertit toujours les parents des fillettes de la gravité du pronostic lorsqu'il soupçonne que la maladie vient des organes génitaux et non de l'appendice comme le ferait croire le diagnostic porté antérieurement avant l'entrée de la malade à l'hôpital.

« Si je devais revoir cette liste d'opérations d'appendicite depuis le 1^{er} janvier 1901 ; pour faire le compte exact, je chercherais à établir la proportion chez les femmes de plus de 10 ans, où la péritonite provient par la voie des organes génitaux et comment cette infection peut se traduire d'autre manière. Il paraît que seulement 6 cas sur 348 appendicites sont infectés par la voie des organes génitaux, ce qui est un pourcentage de 140/0 chez les enfants et seulement 1, 80/0 ici seulement. Ce qui fait une différence très notable. Sur ces 6 cas, un seul entre dans le cas de la péritonite la plus aiguë des enfants, de telle sorte que la malade doit être classée au nombre des enfants ; une deuxième avec appendicite compliquée, y entre à peine et le cours des cas 1 et 4 est moins grave.

Observation 14. — P..., 17 ans, entrée le 6 mars 1906. Malade depuis deux jours. A des douleurs à droite et en bas et de vio-

lents vomissements. Douleurs aux organes urinaires. Jeune fille très malade, aspect cyanosé, ventre ballonné surtout à droite et à gauche, au-dessus du ligament de Poupart. Température 38°9. Pouls 120, petit. Incision à droite montre un œdème prépéritonéal, beaucoup de liquide purulent mêlé de flocons dans le ventre, sans odeur.

Appendice quelconque, pus là aussi. Ventre vidé.

Le 7 mars. — Mort. Autopsie négative quant aux organes génitaux. Péritonite généralisée.

Observation 15. — H., 18 ans, entrée le 26 mai 1906. Depuis hier matin coliques et vomissements, fièvre. Ventre dur à droite et en bas, pas de tumeur. Température 37°2. Pouls 80. Incision en zigzag. Beaucoup de liquide purulent, clair dans l'abdomen. Extrémité libre de l'appendice gangréneux. Calcul stercoral. La malade reste tranquille jusqu'au 12 juin 1906, puis subitement température 39°6. Pouls vite et petit. Abattement.

Le 18 juin 1906. — Incision à gauche. Ventre nettoyé et drainé. La fièvre se prolonge.

Le 22 juin, le pouls devient toujours plus misérable ; incision médiane. Le 26 juin 1906, le délire tombe, mort le soir.

L'autopsie montre une péritonite généralisée. Pus dans la trompe gauche, alors que la droite est absolument intacte.

Les deux jeunes filles étaient vierges. Le cas 1, tombe très subitement malade, a le ventre nettoyé moins de 48 heures après le début de la maladie et semble le jour même presque un cadavre. Les organes génitaux sont intacts comme au cas 6.

Le cas 2 tomba malade avec la manière d'être typique de l'appendicite, a eu l'appendice libéré 36 heures après le début, a paru sauvé pendant 2 semaines, quand subitement apparaissent les symptômes sévères de la péritonite, qu'on n'a pu expliquer nullement par la suite. Tandis que la malade est vendeuse dans une boutique de fleurs, il lui sort un léger flux du vagin ; elle pense qu'elle est contaminée, mais son hymen est intact. On vient alors à l'hypothèse d'appendicite, en tant qu'infection absente seulement du côté gauche. Nous pensons

que cette malheureuse jeune fille eût ses organes génitaux contaminés par des streptocoques, staphylocoques, pendant qu'elle était au lit tranquillement après avoir été opérée d'appendicite ; aussi avons-nous ouvert l'abdomen médiane-ment.

Sur ces 10 vierges contaminées par la voie des organes génitaux, 4 seulement sont des femmes adultes ; ce qui montre bien que les vierges surtout enfants sont bien plus prédisposées à l'infection que les femmes adultes. Sur ces 4 femmes deux ont eût pour point de départ une endométrite, ce qui fait qu'elles ne sont pas tombées dans ce cas grave par une perte subite de bonne santé comme les enfants. Les deux autres avaient vraisemblablement du gonocoque. Je rapporte d'abord les deux cas de maladie par endométrite comme point de départ et ensuite ceux d'origine gonococcique.

Observation 16. — Clara H., 36 ans, entrée le 19 mars 1901 a eu en 1898 une paramétrite. Depuis le printemps douleurs en croix pendant les menstrues. Endométrite.

Elle va passer 3 semaines dans une clinique pour femmes, puis elle se présente ici avec de courtes douleurs lancinantes à droite et un seul vomissement ; les douleurs augmentent ; une tumeur se forme à droite et en bas ; on applique l'étiquette d'appendicite. Le 20 mars, incision à droite, appendice absolument sain. Péritonite diffuse, exsudat purulent ; la trompe droite est pleine de pus ainsi que la trompe gauche. Ventre vidé Le 21 mars, jusqu'au soir, état souffrant, puis brusquement éructations et vomissements, mort le soir suivant. L'autopsie montre une péritonite généralisée.

Observation 17. — K., 32 ans. Entrée le 13 février 1903. Accouchement normal, il y a 3 semaines. Le 7 février, violentes douleurs dans le ventre surtout à gauche avec 40° de température et 100 pulsations. Ecoulement purulent par la vulve.

Le 12 février, nouvelles douleurs à droite. Température 38°,2, pouls 90. Femme vigoureuse, ventre ballonné partout. Parois abdominales non contractées, mais douloureuses. Infiltration apparente en bas, à droite et à gauche.

Parametrium un peu douloureux à la pression. Incision à droite. Péritonite généralisée. Appendice intact. Incision médiane, les deux trompes sont tuméfiées. Ventre vidé. Mort. L'autopsie montre une péritonite généralisée.

Observation 18. — X., 28 ans, entrée le 6 décembre 1902, a eu d'abord 3 enfants sains puis eût des fausses couches, la dernière en été 1902. Depuis, elle est toujours souffrante. Gêne dans l'abdomen. A depuis 8 jours de violentes douleurs dans le bassin. Pas de vomissement. Fièvre. Résistance de la paroi, inconstante à droite. Pouls 130. Incision à droite. Liquide purulent libre dans le ventre. L'appendice se montre absolument sain une fois enlevé. Drains. Dans la suite, la marche est plus favorable, mais la température va jusqu'à 38°,2, puis de nouvelles douleurs plus fortes à partir du 25 décembre, avec 38° de température, obligent à une incision médiane 2 jours après. Il y a du pus clair dans le ventre. L'épiploon et l'extrémité inférieure de l'iléon sont adhérents à droite et en bas à la paroi même de l'abdomen, ainsi que le cœcum. Les trompes de Fallope sont tuméfiées et rouges. L'épiploon est découpé en 3 portions. Intestin grêle dégagé. La cavité abdominale nettoyée. Les trompes sont laissées suture de la paroi. Pas de résultat de culture du contenu de la cavité abdominale. La fièvre persiste encore. L'intestin reste encore longtemps gonflé. Bronchite puis longue convalescence. Elle guérit.

Le mari avait propagé à sa femme une blennorrhagie contractée antérieurement.

La malade vue en 1906 se sent tout à fait bien portante mais reste pâle.

Menstrues régulières mais pertes blanches plus abondantes par la suite. Ventre flasque. Utérus grossi du double, en bonne position. Annexes non palpables.

Observation 19. — E., 27 ans. Entrée le 6 février 1909.

Auparavant absolument bien portante. Il y a 4 jours fin des règles. A leur terminaison fortes douleurs en bas et à droite qui se répandent depuis hier dans tout le ventre. Hier vomissements toute la journée. Les vents persistent, ventre très tendu. Pas de tumeur perceptible. Violentes douleurs en bas et à gauche. Utérus normal pas douloureux, température 38°3. Pouls 130.

Incision montre le ventre plein de liquide trouble à odeur fade. L'appendice est enlevé. Il est absolument sain. Les deux trompes contiennent du pus, elles sont enlevées. Incision aussi à gauche. Nettoyage de la cavité abdominale. Pendant 2 jours seulement, la température reste à 38° puis la fièvre tombe définitivement. La malade se remet bientôt et elle guérit.

Quatorze malades semblables furent placées sous le diagnostic d'appendicite. Le diagnostic n'eût été juste que chez une malade (n° 6) qui eût par la suite une vraie appendicite.

Encore aujourd'hui vient me troubler la mort d'une florissante jeune fille de 19 ans, parce qu'un médecin inexpérimenté avait cru devoir faire l'extirpation de la matrice pour quelques fleurs blanches. Comme la malade semblait peu après souffrir des flancs ; il l'envoya dans un hôpital où elle ne fut pas opérée. Elle resta là au lit pendant trois semaines avec des douleurs très violentes, une haute fièvre jusqu'à ce que le pus parvienne à perforer l'ombilic. On l'amena en fin de compte à la clinique chirurgicale avec un poulx vacillant. L'incision médiane montre un abcès gazeux dans le ventre, des matières fécales. L'autopsie montre les trompes intactes. Nous n'avions pas établi le diagnostic différentiel entre appendicite et salpingite, mais nous avons été de suite renseignés par l'opération sans laquelle il n'y a pas de diagnostic possible. Il n'y a pas de tumeur près de l'utérus. Une trompe à peine épaissie et petite ne produit pas de gonflement. La sensibilité à la pression des deux côtés de l'utérus n'est pas évidente. Quand un pyo salpynx préparé de longues mains s'ouvre dans la cavité abdominale, alors on sent un gonflement par le toucher vaginal. On sent aussi peu une petite trompe fraîche qu'un petit appendice repoussé sur la ligne médiane excepté quand le ventre est déjà ouvert.

Puis je pose la question du diagnostic de l'appendicite

aiguë avec l'insidieuse tuberculose aiguë de l'abdomen, quand la maladie s'établit rapidement chez les petites filles avec un pouls rapide et une haute fièvre. Comme la tuberculose du cœcum et de l'appendice, qui dans environ la moitié des cas apparaît pour la première fois avec des symptômes aigus et violents, de même exactement s'établit aussi brusquement la tuberculose péritonéale diffuse dont je peux donner deux observations instructives et récentes ».

« Le diagnostic entre l'appendicite et cette forme de salpingite est très difficile. C'est déplorable, car tout mauvais succès d'une opération d'appendicite est préjudiciable, car provisoirement le vieux monde ne croirapas certainement à la salpingite des petites filles à laquelle il faut bien penser avant l'opération ».

Observation 20. — Frida W., 10 ans, entrée le 6 février 1900. L'enfant ne s'était pas senti bien la semaine précédente. Il y a 48 heures est tombée soudain malade à minuit avec de violentes coliques, puis elle redevint plus tranquille jusqu'à 4 heures où elle eût une rechute. Hier vomissements après avoir pris de l'huile de ricin. Fièvre, coliques atroces. Ce matin température 39° pendant 2 heures. Pouls 140 petit; ventre dur. Pas de mouvements péristaltiques appréciables. Pas de tumeur voisine. Incision rectiligne à droite car l'appendice est présumé être près du promontoire.

Le ventre contient de la sérosité et des produits fibrineux. Plus loin sous le petit bassin, pus clair absolument inodore. Appendice enlevé absolument normal. Ventre vidé. Après l'opération pouls très petit, aspect cyanosé. Contre toute attente, l'enfant va un peu mieux le lendemain, mais alors aggravation notable. Beaucoup de pus sort du petit bassin par les drains. Mort le 9 février.

Autopsie montre un catarrhe purulent dans les deux trompes et dans l'utérus même.

Péritonite généralisée. Les recherches microscopiques de l'examen du contenu abdominal (pris pendant l'opération) montre du staphylocoque blanc en culture pure.

Observation 21. — Olga M., 10 ans, entrée le 22 septembre 1906.

Depuis 8 jours paraît bien avoir l'appendicite : et déjà une tumeur de la grosseur d'une pomme à droite. Température 37°,5. Pouls 108. Pas de liquide libre dans l'abdomen. L'extrémité libre de l'appendice paraît perforé. On enlève l'appendice et on draine la plaie. Ensuite dépression.

A la fin de septembre la fièvre monte à 38°,9, puis retombe. Il s'échappe une sécrétion blanchâtre rappelant le chyle.

L'enfant ne se remet pas quoique la température soit normale du 5 au 13.

Puis elle saute brusquement à 40°,5, et reste le lendemain à 39°.

Le matin du 17, le ventre est ballonné avec 38°,7. On ne voit pas de mouvements péristaltiques. Incision médiane donne péritonite généralisée. Beaucoup d'amas fibrineux sur les intestins. L'iléon sous-jacent à l'épiploon à droite, est adhérent aux parois de l'abcès ainsi que la trompe droite. Corps bordants pâles, mais ceux du côté gauche sont rouges et enflammés, on les enlève. La trompe elle-même n'est pas enflammée, elle ne contient pas de sérosité. Ventre vidé. Mort 30 heures après. L'autopsie montre une péritonite généralisée, une légère tuberculose pulmonaire. Organes génitaux pâles absolument intacts.

Observations d'erreurs de diagnostic avec la péritonite tuberculeuse.

Observation 22 (RIEDEL). — M., 15 ans. Entrée le 9 décembre 1905. Auparavant, soi-disant absolument bien portante. Depuis huit jours douleurs atroces du côté de l'estomac. Depuis trois jours ballonnements du ventre. La malade entre avec 39,4 de température et 140 de pulsations. On trouve beaucoup d'exsudat dans le ventre. L'incision latérale montre un exsudat séreux et une tuberculose générale des intestins étendue au péritoine.

Drainage par une incision angulaire médiane.

La fièvre tombe au bout de quelques jours. Elle s'en va avec une fistule qui continue à suppurer un peu jusqu'en octobre.

Observation 23 (RIEDEL). — M., 15 ans, entrée le 7 octobre

1906. Parents et famille sains. La malade aussi jusqu'à il y a quatre semaines où elle se heurta violemment le ventre à un meuble. Elle ressentit aussitôt des douleurs intestinales. Elle eût 8 jours après des vomissements, palpitations, jusqu'à ce qu'elle eût une recrudescence de vomissements et de fièvre.

Etat actuel : ventre très ballonné. Perforation d'apparence imminente à l'ombilic. Température 38° 8. Le lendemain matin 39°. Pouls 120. Incision médiane. Intestins adhérents à l'ombilic.

Tuberculose partout. Sutures. La fièvre tombe aussitôt mais la température revient au bout de 14 jours. La plaie se rougit. L'incision laisse passer beaucoup de pus. Il y a 38° de température.

Le premier cas de Riedel avait été reçu le soir avec diagnostic d'appendicite et opéré pour appendicite. Ce qu'on a trouvé étonna beaucoup. Le deuxième cas avait été diagnostiqué extravasation purulente de l'abdomen.

Observation 24 (personnelle). — Un enfant de 9 ans entre à l'hôpital St-Joseph dans le service du docteur Monnier, le 25 août 1906. Il est envoyé avec le diagnostic d'appendicite aiguë, à laisser refroidir. Le ventre est ballonné, dur, un peu tendu. Température est d'environ 38°. Le pouls est bon. L'enfant a parait-il, cette température depuis une dizaine de jours.

Peu de vomissements. Constipation alternant avec de la diarrhée. Glace sur le ventre. Diète. Expectation. La température se maintient élevée. L'enfant s'amaigrit. Le ventre reste gros. On perçoit des parties dures à côté de dépressions. Des ganglions manifestement tuberculeux se développent dans les creux inguinaux. On en perçoit dans les fosses iliaques mais surtout à droite.

L'amaigrissement augmente, la température présente une courbe à oscillations très irrégulières. Diarrhée fréquente. La fosse iliaque droite est dure ; mais dans la région sus-ombilicale on perçoit aussi des gâteaux. L'auscultation des voies respiratoires indique un souffle respiratoire des plus nets, caractéristique d'induration des ganglions trachéo-bronchiques. Il s'agit évidemment de péritonite tuberculeuse avec peut être prédominance sur la région iléo-cœcale. Abstention opératoire. Traitement général. Héliothérapie.

Les parents viennent reprendre l'enfant. Fin décembre les gâteaux évoluent très lentement, mais les lésions pulmonaires s'étendent rapidement.

Erreurs de diagnostic avec les pneumopathies.

Observation 25 (personnelle). — Pneumonie du sommet à début abdominal et symptômes méningés.

Une enfant de 8 ans est prise le 11 avril 1905 de fièvre, de céphalé et de quelques vomissements et de douleurs abdominales. A l'examen, dans le service de M. Richardière, le 12, il est difficile de faire un diagnostic précis. La fièvre est élevée à 39°. Les vomissements ont cessé depuis la veille au soir. L'enfant est constipée, les douleurs abdominales persistent. Il est impossible de fixer avec précision un point douloureux, toutefois la région préombilicale et la fosse iliaque droite paraissent à la palpation plus nettement sensibles que les autres régions de l'abdomen.

Le diagnostic porté en ville avait été celui d'appendicite. On met l'enfant au lait. On lui donne un peu de quinine et des cataplasmes chauds sur le ventre.

Le 13, même état, les douleurs du ventre augmentent, la constipation ne cède qu'à des lavements, la toux fait son apparition. L'enfant est agitée elle a déliré pendant la nuit, son pouls est rapide 100. Sa température 38°,8.

Le Ventre est ballonné. Sensible au palper. L'enfant se couche fréquemment en chien de fusil. Elle se plaint d'une céphalée assez violente : un vomissement est apparu le matin du 13. On se propose de faire passer la malade en chirurgie pour y être opérée d'appendicite. Le 14, à l'auscultation on entend quelques râles sibilants aux bases et on devient hésitant sur le diagnostic : Appendicite ou méningite ?

Le 15, l'état est stationnaire. Le ventre est un peu dur, sensible au niveau de l'ombilic, plus particulièrement dans la fosse iliaque sans toutefois la localisation classique du point de Mac Burney. La constipation est toujours opiniâtre. De matité nulle part, sonorité partout. Un peu de tympanisme. Pas de vomissement depuis la veille, langue très sale, pouls à 96°. Température 38°,9. Respiration rapide à type costo-abdominal 24 par minute.

La toux est fréquente. On remarque une petite vésicule herpétique autour de la narine. Tout ceci n'éveille avec netteté ni le tableau de l'appendicite ni celui de la méningite. L'examen est continué par celui des poumons. Rien de spécial aux sommets en avant. Quelques sibilances dans les bronches.

L'interrogatoire ayant fourni quelques renseignements du côté de l'intestin, crises assez fréquentes de diarrhée, un peu d'amaigrissement, on pense à une crise d'entérite aiguë au cours d'une entérite chronique; mais il n'y a pas de diarrhée ce qui est très anormal. On envisage l'hypothèse d'une poussée de péritonite tuberculeuse; mais il n'y a rien de spécial aux sommets et le début est bien brusque. En arrière des poumons, il y a quelques sibilances. En remontant vers les fosses sous-épineuses, on découvre alors un souffle à foyer très peu étendu entouré de râles crépitants très fins. C'est un souffle tubaire des plus net. La présence de ces signes au foyer, fait penser immédiatement au diagnostic de pneumonie. La présence de la vésicule herpétique s'explique alors. La situation topographique de ce foyer au sommet explique l'apparition de ces symptômes méningés; la douleur abdominale elle-même est fréquente au début des pneumonies chez l'enfant et la pneumonie du sommet peut faire penser à la méningite. Traitement classique. Révulsions. Alcool. Quinine. Bains tièdes. Guérison le 5^e jour après notre examen.

Observation 26. (*personnelle*). — Un garçon de 9 ans souffre depuis 3 jours d'un violent point de côté dans la fosse iliaque droite. Constipation. Malade très agité. Ventre plutôt dur. Pouls petit et fuyant. Auscultation rien. C'est la première fois que le malade présente pareils symptômes. Il est agité la nuit. Le lendemain, il tousse; la constipation persiste. 39^o de température; la douleur de la fosse iliaque droite s'étend jusqu'à l'hypocondre; elle n'est pas exacerbée par la pression. On pense à l'appendicite aiguë, et, du tympanisme apparaissant en même temps que quelques vomissements bilieux, on craint une péritonite appendiculaire et on propose l'intervention. Toutefois avant l'arrivée du chirurgien, on réausculte l'enfant et l'on trouve dans la fosse sous-épineuse droite un souffle tubaire des plus net. Il s'agissait d'une pneumonie à point douloureux abdominal. L'évolution fut ordinaire. Cataplasmes sinapisés, etc. Guérison dans la huitaine.

Blais dit dans sa thèse : Causes d'erreur continuelles en pathologie infantile, ces faits font souvent le sujet de discussions à la Société de pédiatrie où l'on s'efforce d'étudier les points appendiculaires ou pseudo-appendicites.

L'interprétation en est très discutée ; certains auteurs (Lemé) soutiennent qu'il peut y avoir une altération microscopique de l'appendice.

Quoiqu'il en soit, au cours des pneumopathies, la pseudo-appendicite peut se présenter sous deux formes : ou le simple point appendiculaire ou la pseudo-péritonite.

Ces faits sont très souvent rencontrés, et l'erreur souvent commise ; deux fois à Trousseau de simples points pseudo-appendiculaires furent reçus d'urgence en chirurgie. En voici les observations :

Observation 27 (*très résumée*). — J. . Maria, envoyée d'urgence le 13 février par le médecin. Point appendiculaire typique, reçue en chirurgie. C'est un point abdominal au début d'une affection pulmonaire. Passée en médecine le lendemain.

Observation 28. — B... Lucienne, 3 ans. Entre le 14 avril 1906, à l'hôpital Trousseau.

Rien dans les antécédents, si ce n'est une rougeole à 3 ans 1/2.

La crise actuelle a débuté le 10 avril à midi par de violentes coliques. Quelques instants après, l'enfant a vomi son déjeuner. Selles avec lavement.

Vers 8 heures 1/2, vomissement muqueux puis bilieux. Ces vomissements se répètent le lendemain à 5 heures du matin.

L'enfant est vue par un médecin qui diagnostique une appendicite et envoie l'enfant à l'hôpital, où elle arrive dans la soirée. Température : 39°6 à l'entrée. L'enfant tousse un peu, cette toux, au dire de la mère, dure depuis 3 semaines à la suite d'une grippe.

Le lendemain, à la visite, on trouve le ventre absolument souple à gauche moins à droite; là l'exploration réveille de la douleur dans une petite zone autour du point de Mac Burney; mais, avec de la patience et en faisant respirer profondément l'enfant, on arrive à vaincre la résistance musculaire, et l'on explore facilement le fond de la

fosse iliaque où il n'y a rien. A l'auscultation des poumons, on trouve un gros souffle de pneumonie. Et l'on fait passer immédiatement l'enfant en médecine.

Jusqu'à présent nous n'avions de simulée qu'une appendicite légère. Voici maintenant copié, un début d'une pneumonie, et copié trait pour trait le tableau d'une péritonite grave — si grave que bien, que l'affection pulmonaire fut dûment reconnue, on n'hésite pas à opérer.

Ce cas qui est relaté dans l'observation sous-jacente se présente quelquefois, nous voyons en effet rapporté un cas analogue dans la thèse de Siron. « Dernièrement malgré une très légère congestion de la base du poumon droit, l'ensemble des symptômes graves, avec point de Marc Burnez très net et vomissements bilieux, on faisait la laparatomie pour péritonite généralisée sans que l'on trouvât rien dans l'abdomen, chez un jeune enfant, chez qui 2 jours après le diagnostic de pneumonie droite devenait évident.

Voici maintenant notre très intéressante observation.

Observation 29. — J., Alice, 12 ans 1/2. Malade entrée le 16 avril dans le service.

Début hier par des vomissements et des douleurs abdominales droites. Le médecin qui la vit posa le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée et l'envoie immédiatement à l'hôpital. A son entrée, la température est de 40°,4 ; l'état général n'est pas trop mauvais, la langue est humide ; il y a une grande résistance abdominale, de la douleur généralisée, sans maximum net.

A l'auscultation du poumon droit on entend un souffle. A cause de la présence de ce symptôme et malgré l'apparence absolument péritonéale de l'abdomen, on n'intervient pas et on prescrit des enveloppements froids.

Le lendemain 16 février. — Le syndrome pulmonaire et le syndrome péritonéal se sont accentués l'un et l'autre.

Du côté du poumon droit, on entend à la partie muqueuse un gros

souffle pneumonique : de l'herpès labial est apparu. La malade expectore quelques crachats rouillés.

Du côté de l'abdomen, on trouve du ballonnement, une grande résistance, moins marquée cependant à gauche, de la douleur à la pression. La température est à 40°, le pouls est irrégulier à 120 ; langue humide mais saburrale.

Cyanose assez marquée à la face.

Malgré l'évidence des symptômes pulmonaires, malgré la possibilité connue de réaction abdominale ou appendiculaire au cours d'une phlegmasie pulmonaire, l'évidence du syndrome péritonéo-appendiculaire est telle qu'on juge les vingt-quatre heures d'attente suffisantes et que l'interne du service pense qu'il faut opérer sans plus tarder. M. le Dr Bardet qui remplace à ce moment le Dr Rieffel confirme d'une manière absolue cette ligne de conduite.

Opération ordinaire par le procédé de Roux. On ne trouve absolument rien ni à l'appendice, ni au péritoine, ni à l'intestin. Pendant qu'on tient l'appendice on le resèque ; enfouissement.

L'appendice enlevé est, à l'examen, on ne peut plus sain. Pansement. Enveloppements froids du thorax. Sérum.

Les jours suivants. La pneumonie d'une certaine intensité continue à évoluer normalement.

Les phénomènes péritonéaux ont disparu le lendemain. La cicatrisation de la plaie se fait rapidement. Le 6^e jour de son entrée température normale et l'enfant se remet rapidement. Quoique l'intervention n'ait rien montré du côté de l'abdomen, il faut noter la sédation immédiate du syndrome péritonéal après l'intervention.

L'enfant sort complètement guérie dans la deuxième semaine de mai. L'examen microscopique, pratiqué par M. Broc, interne des hôpitaux, n'a absolument rien montré d'anormal.

« De ces faits, il convient de rapprocher les pseudo-appendicites signalées au cours d'autres affections sur d'autres organes. Célos, dans sa thèse, a rapporté l'histoire d'un malade opéré d'urgence pour appendicite alors qu'il s'agissait de diphtérie.

3^o *Diagnostic avec la fièvre typhoïde.* — On peut diagnos-

tiquer fièvre typhoïde alors qu'il s'agit d'appendicite. Parmi mes observations, se trouve justement le cas d'un malade envoyé ainsi en médecine et qui fut loin de bénéficier de la période de tâtonnements du diagnostic.

Plus fréquemment on diagnostique chez l'enfant appendicite alors qu'il s'agit de typhoïde. En dehors des cas où l'on se trompe sur l'interprétation des symptômes, il existe bien réellement des cas de typhoïde à début appendiculaire ; Simon en a publié une belle observation. Tantôt dans ces cas l'appendice est sain, tantôt il s'agit d'une appendicite spécifique à bacilles d'Eberth (Guinard).

Tels sont les différents points du diagnostic que nous voulons étudier.

Sans doute, certaines erreurs donnent à réfléchir et retardent un peu la main impatiente et le couteau intempestif. Cependant si vraiment c'était une appendicite ! Nous croyons que dans ce cas il ne faut pas hésiter, non pas à opérer, ce qui dépendra du cas, mais à diagnostiquer l'appendicite qui doit bénéficier du doute et à se comporter comme si ce diagnostic était ferme. Tout compte fait, le bénéfice restera acquis à la thérapeutique hardie plutôt qu'à l'expectation timide ».

CHAPITRE IV

ERREURS DE DIAGNOSTIC AVEC LES VERS INTESTINAUX

Nombreux sont les cas publiés et non publiés où l'helminthiase intestinale a été prise pour de l'appendicite et opérée comme telle.

Il est certain qu'un ver intestinal occupant la cavité de l'appendice transformée en cavité close (tricocéphale par exemple) peut jouer le rôle d'un corps étranger banal tels que calcul stercoral, fragment d'écaille, etc., etc., c'est-à-dire donner lieu à une appendicite vraie avec toutes ses conséquences. L'intervention est alors indiquée, ce n'est pas une erreur de diagnostic.

Celle-ci résulte au contraire de l'interprétation erronée de certains phénomènes abdominaux où les vers sont libres dans la cavité intestinale, où il s'agit d'helminthiase banale, où le tricocéphale met en quelque sorte le nez à la fenêtre de l'appendice dans le cœcum.

Le cœcum en effet est un siège de prédilection pour ces parasites qui envahissent souvent le diverticulum appendiculaire.

Incontestablement ces cas sont d'ordre purement médical. Un anthelminthique administré judicieusement a vite raison des accidents.

Le diagnostic n'est point toujours aisé, pas plus que ne l'est la différenciation des convulsions de la méningite tuberculeuse d'avec les convulsions de la méningite vermineuse.

Un moyen utile et fréquent de contrôle consiste dans l'application d'un traitement véritablement d'épreuve au calomel ou à la santonine surtout si l'enfant est sujet à des évacuations vermineuses.

La recherche des œufs dans les selles peut faire faire le diagnostic auparavant.

Cette erreur de diagnostic est très fréquente.

Nous en relatons ici quelques observations.

Il serait aisé d'en ajouter un nombre considérable. Elle est préjudiciable aux malades que l'on opère souvent pour appendicite. Les faits dont il s'agit sont connus depuis longtemps. Les médecins y ont surtout insisté. Metchnikoff, Blanchard ont fait des mémoires à ce sujet.

A. Broca avait un jour l'intention d'opérer une appendicite aiguë, au moment de commencer l'intervention, l'enfant eût un vomissement dans lequel se trouvait un ver. On s'abstint. Il s'agissait d'helminthiase.

Observation 30 (*personnelle*). — Une enfant de 10 ans entre à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Elle vomit, elle souffre un peu à droite, l'enfant a eu des accidents semblables antérieurement. Elle a été soignée pour les vers intestinaux. L'examen des selles fait voir en abondances des œufs de tricocéphales. On donne de la santonine et rapidement tout rentre dans l'ordre. L'intervention était ainsi évitée.

Observation 31. — Empruntée au mémoire de METCHNIKOFF (*in* thèse RAGAINÉ, Paris, 1905). — Un enfant de 12 ans fut pris en 1897, de phénomènes d'appendicite avec vomissements, empatement de la région iliaque droite, douleur à la pression au point de Mac Burney, constipation. Les accidents ont duré vingt-quatre heures, et se sont calmés sous l'influence de l'opium à haute dose. L'examen des matières fécales fit voir des œufs de tricocéphales et d'ascarides ;

à la suite de quoi, après l'amendement des phénomènes aigus, on administra à l'enfant de la santonine. Vingt-quatre heures après l'enfant rendit trois ascarides. Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, il n'a plus eu d'atteintes semblables. Les selles examinées quinze jours après ne renfermaient plus d'œufs.

Observation 32 (M. ARBORI-LULLY, *Semaine médicale*, 1900, p. 443). — Il s'agit d'un garçon qui, constipé depuis quelques jours avait été pris brusquement de douleurs dans l'abdomen. Un purgatif administré peu après resta sans effet, ainsi qu'un lavement au séné. Le lendemain, le petit malade a de la fièvre, un pouls petit et battant à 120 ; les douleurs persistent, en même temps qu'apparaissent des vomissements, un facies grippé, les vomissements incessants ; les douleurs extrêmement vives, revenant par accès tous les quarts d'heure, sont très nettement localisés au point de Mac Burney, l'abdomen est tympanisé ; la paroi très hypérestésique se défend vivement et rend la palpation impossible. Le lendemain, l'état est encore aggravé, malgré l'administration de pilules d'opium et l'application de glace. Depuis trois jours, l'enfant qui n'a pu absorber aucun aliment, présente des vomissements incessants, et n'a eu, ni selles, ni gaz.

Deux chirurgiens, appelés en consultation, confirmèrent le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée, mais refusent d'intervenir, étant donnée la gravité de la situation. Le jour même, à minuit, après quelques heures d'accalmie, vomissements et douleurs réapparaissent. Le jeune malade, très agité, a des lipothymies et finit par rendre au bout de 4 heures au milieu de vomissements porracés et striés de sang, un ascaride vivant de 16 centimètres. Aussitôt amélioration notable. Le lendemain matin, le ventre est beaucoup moins ballonné ; le pouls est redescendu à 90°.

Il persiste seulement un peu de sensibilité à la pression dans la fosse iliaque.

Un seul lavement salé, en produisant une vraie débâcle intestinale, fait disparaître les derniers troubles.

Trois jours plus tard, l'administration de 0 gr. 40 de calomel associé à 0 gr. 15 de santonine, amène le rejet, au milieu de selles vertes, d'un 2^e ascaride de 25 centimètres. Depuis lors, la santé s'est maintenue parfaite.

Observation 33. — Communiquée à la Société de chirurgie par Guinard. — Il y a juste un an, je présentais ici même un appendice dans lequel j'avais trouvé un trichocéphale vivant.

Depuis cette époque, vous savez le bruit qui s'est fait sur la retentissante communication de Metchnikoff. Je n'ai cessé de rechercher avec soins, dans les appendices que j'ai enlevés, si je ne trouverais pas de nouveaux quelques entozoaires ; et, il y a 15 jours, j'ai opéré une fillette de 10 ans qui avait eu, 6 semaines avant, une violente crise d'appendicite, sans avoir jamais présenté, antérieurement aucun accident du côté de l'intestin. L'opération fut des plus simples, et en étudiant le contenu de l'appendice je trouvai un trichocéphale. La muqueuse était tachetée d'un piqueté hémorragique que vous connaissez bien pour l'avoir rencontré dans l'appendicite chronique.

Observation 34 Rapportée par Fagon) Des accidents d'obstruction intestinale et d'appendicite dus aux ascaris lombricoides (Thèse Paris, 1901). — Garçon de 14 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, le 17 août 1900, dans le service du docteur Lucas-Championnière. Il était malade depuis quelques jours, et avait été pris brusquement de douleurs dans l'abdomen accompagnées de malaise générale et de céphalalgie ; il était constipé. A son entrée à l'hôpital, il avait le facies altéré, grippé, les yeux cernés, le nez effilé, température 39° ; l'appétit était nul, la langue présentait un piqueté rouge qui la faisait ressembler à une langue de scarlatineux.

L'abdomen était tendu, très douloureux, surtout à la pression ; le maximum de la douleur était dans la fosse iliaque droite. Dans l'après-midi, les symptômes généraux s'accrurent. Les douleurs de plus en plus intenses étaient localisées, par l'enfant lui-même, en un point limité qui n'était autre que le point de Mac Burney. Le ventre était très ballonné ; il y avait une constipation absolue. Pouls petit, température très élevée. On fait appeler le chirurgien de garde qui était M. le docteur Thierry. On porta le diagnostic d'appendicite avec abcès péritonéal, et on décida d'intervenir par la laparotomie ; mais l'enfant refusa l'intervention ; et d'autre part l'autorisation des parents faisant défaut, on fut obligé de renoncer à l'opération.

Les symptômes dans la soirée restèrent les mêmes. Il s'y ajouta des vomissements, d'abord muqueux, puis bilieux et même porracés

Le pouls était très faible et très variable de fréquence. Au milieu d'un vomissement plus intense que les autres, l'enfant rendit deux ascarides vivants.

Immédiatement après la fièvre tombe légèrement, les douleurs furent moins vives. Le lendemain, nouveau vomissement, l'enfant rendit encore un lombric. Le ventre redevint souple; les douleurs disparurent totalement: l'état général devint meilleur, la fièvre tomba complètement. Deux jours après nouveau lombric rendu. L'enfant reprit très vite appétit et ne présenta plus aucun symptôme, sinon une légère sensibilité abdominale. Il ne rendit plus d'ascarides. Au bout de quelques jours, il quittait l'hôpital sur sa demande, non complètement rétabli, mais considérablement amélioré.

Observation 35 (GIRARD, *Annales de l'Institut Pasteur*, XV, 1901, p. 440-444).

Une fillette de 8 ans, convalescente de fièvre typhoïde et apyrétique depuis 15 jours, entre au pavillon de la diphtérie, à l'hôpital des Enfants Malades. Elle présente une angine légère et une vulvite assez intense qui serait apparue dans le décours de sa fièvre typhoïde.

Quatorze jours après, alors que l'angine était guérie, la fièvre s'élève, le pouls devient rapide et l'enfant accuse des douleurs abdominales vives, particulièrement du côté gauche. En même temps, on constate une recrudescence de la vulvite. Les jours suivants, la température s'élève à 40° le pouls est filiforme à 130. Les vomissements apparaissent, le faciès est grippé, les douleurs abdominales sont très violentes, prédominant toujours à gauche, et, à nouveau, la pression arrache des cris à l'enfant; la défense musculaire est très marquée. Pas de constipation; écoulement vaginal très abondant. Les symptômes ne faisant que s'aggraver, l'enfant est opérée d'urgence. La laparotomie médiane sous-ombilicale est pratiquée, et l'on trouve un liquide séro-purulent, dans la cavité péritonéale; les anses intestinales sont fortement vascularisées; il existe, à leur surface, quelques fausses membranes fibrineuses. Une nouvelle incision est pratiquée dans la fosse iliaque droite, l'appendice est réséqué. La trompe droite paraît un peu tuméfiée, congestionnée. Les suites opératoires furent simples, et l'enfant sortit définitivement guérie.

L'appendice iléo-cæcal, qui paraissait à l'œil nu absolument sain,

fut fixé en masse dans le sublimé. En le débitant en tranches pour l'inclusion, nous avons constaté que sa cavité, libre dans sa partie supérieure, était obstruée dans sa partie inférieure par 2 corps arrondis, accolés en canon de fusil.

Au microscope on trouve dans la lumière de l'organe 2 figures arrondies représentant nettement la coupe transversale de 2 vers : sur quelques préparations, il existe également des œufs à divers degrés de leur évolution, enfin dans l'épaisseur même de la muqueuse on observe un corps arrondi représentant également la coupe d'un parasite. M. Roillet a bien voulu examiner nos préparations et a eu l'obligeance de nous remettre la note suivante : « La coupe comprend deux exemplaires de *Tricocephalus hominis* (un mâle et une femelle) coupés dans la zone postérieure ou génitale du corps ; plus une coupe de l'extrémité antérieure ou œsophagienne de l'une des deux. Cette dernière est même très instructive, en ce sens qu'elle tranche la question encore discutée de savoir si les trichocéphales introduisent ou non leur extrémité antérieure dans la muqueuse. On voit ici que l'extrémité antérieure est dans l'épaisseur même de la muqueuse.

L'appendice est d'ailleurs absolument sain ; on trouve seulement autour de l'extrémité implantée dans la muqueuse un foyer de leucocytes polynucléaires.

« En résumé, cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres :

1^o Malgré l'absence d'examen bactériologique, l'intégrité de l'appendice, la recrudescence de la vulvite au moment de l'apparition des accidents, nous paraissent indiquer l'origine génitale et vraisemblablement blennorrhagique de la péritonite ; les observations de péritonites blennorrhogiques chez les enfants sont jusqu'ici fort rares :

2^o Mes coupes montrent nettement la pénétration du trichocéphale dans la muqueuse de l'appendice : si, dans notre cas, il n'en est pas résulté des désordres graves, on conçoit que ce corps étranger toujours plus ou moins septique étant donné le milieu d'où il vient, puisse causer des accidents sérieux. L'absence de lésions étendues dans notre observation

est peut-être due à la faible virulence des germes contenus dans l'appendice malgré l'obstruction de sa lumière.

Observation 36 (due à l'obligeance du docteur LÉVÊQUE). — Jeune garçon de 8 ans et demie, soigné par le docteur Lévêque à Saint-Germain-en-Laye pour une crise d'appendicite en août 1904 ; traitement médical ; glace sur le ventre ; morphine vers la fin de la crise, l'enfant rend, dans ses matières fécales, un ascaris lombricoïde que ses parents apportent au docteur Lévêque qui avait abandonné ses soins.

Il ne fut pas institué de traitement anthelminitique.

Quatre mois après survint une deuxième crise d'appendicite, en même temps qu'une parotidite droite. Cette seconde crise passée, le petit malade fut opéré à froid par le docteur Jalaguier à Paris.

Erreurs de diagnostic avec l'entérite aiguë.

Observation 37 *personnelle*. — Un enfant de 11 ans est amené dans le service de M. Richardière le 10 août 1905. Depuis la veille il se plaint de souffrir du ventre. Il a vomi, il est constipé depuis la veille ; depuis 4 à 5 jours d'ailleurs, il a au dire de la mère, comme « un peu d'embarras gastrique ». Température 39°. La langue est très sale. Le ventre douloureux, pas ballonné. Il est surtout douloureux dans la fosse iliaque droite plus précisément dans la région cœcale. Tout le reste du ventre est sensible à la pression. On applique de la glace sur le ventre et le malade est mis à la diète. A ce moment on envisageait une poussée probable d'appendicite et on se proposait de la laisser refroidir pour la faire opérer. Brusquement dans la journée, l'enfant est pris de vomissements et de douleurs violentes, de phénomènes d'algidité et d'une diarrhée abondante. La température est de 38°8. Les selles sont un peu teintées de sang. A l'examen du ventre tout le trajet du gros intestin est devenu extrêmement douloureux avec prédominance dans la région cœcale. Devant ce nouveau tableau clinique on écarte l'hypothèse d'appendicite, et on songe à une poussée d'entérite infectieuse. On pratique un lavage intestinal. On fait une injection de sérum ; un peu d'eau chloroform-

mée à l'intérieur. Diète hydrique absolue. L'état du malade s'améliore subitement. Le lendemain la température est descendue à 38°. Un nouveau lavage est pratiqué.

La diarrhée persiste encore pendant la journée mais moins abondante et moins fétide. Plus de vomissements : 4 jours après le début, l'enfant entrait en convalescence.

Pendant le séjour à l'hôpital, on retrouva une observation concernant le même malade qui avait été traité pour des accidents identiques l'année précédente, lesquels avaient cédé aux lavages intestinaux ; la mère interrogée une deuxième fois par là d'ailleurs d'entérite chronique avec poussées fréquentes d'entérite aiguë.

Observation 38 (*Personnelle*). — Un enfant de 5 ans, entre à l'hôpital avec une température élevée de 39°, un ventre ballonné, une constipation intense. Il souffre toujours dans le ventre, mais surtout à droite, quelques nausées. Sous l'influence d'un lavement, l'enfant rend quelques glaires. Le lendemain matin, la température est à 39°. La douleur est forte à la pression dans la fosse iliaque droite aux environs du point de Mac Burney, mais l'état général n'est pas mauvais ; quelques vomissements.

L'enfant avait été envoyé avec le diagnostic d'appendicite pour être opéré. Il était entré par erreur en médecine. Diète. Le soir, après une palpation légère de l'abdomen qui montre un gros intestin tendu sur tout son trajet, l'enfant rend des selles diarrhéiques avec des fausses membranes extrêmement abondantes et dès le lendemain matin, les phénomènes s'amendèrent, on l'avait préservé du bistouri.

L'enfant eût consécutivement, 2 mois plus tard, une crise semblable ; le souvenir de celle-ci fit écarter le diagnostic d'appendicite primitivement établi. Un régime alimentaire spécial, des lavements intestinaux à l'huile, guérèrent l'entérite.

Le nombre des erreurs de diagnostic de l'entérite aiguë avec l'appendicite chez l'enfant est considérable.

Les chirurgiens disent en connaître peu de cas et cela pour différentes raisons : ils sont appelés dans des cas graves où l'état général indique une situation critique ; connaissant le

danger de l'abstention en cas d'appendicite aiguë, ils craignent d'intervenir trop tard. N'ayant pas suivi l'enfant auparavant, on conçoit leur embarras, si le ventre est ballonné, s'il y a de la fièvre, si la langue est sale, si l'enfant semble souffrir surtout à droite, en raison de la fréquence relativement considérable de l'appendicite chez l'enfant, ils opèrent. D'autre part, l'ablation de l'appendice une fois faite, sous l'influence du repos au lit, de la diète, du régime en somme sévère, de la suppression des causes qui souvent ont fait éclore la poussée d'entérite aiguë, l'enfant va mieux ; il quitte bientôt l'hôpital ; on marque sur son observation :

Appendicite aiguë, ablation, guérison, et l'enfant est perdu de vue. Souvent il a dans la suite d'autres poussées d'entérite aiguës, s'il ne suit pas un régime approprié. Enfin, les chirurgiens ont une tendance bien naturelle à voir des lésions d'appendicite accentuée ; fréquemment les lésions histologiques d'appendicite sont minimales ; Achard qui en a examiné un grand nombre a trouvé que le plus souvent elles n'avaient rien.

Les médecins au contraire qui forcément suivent les malades beaucoup plus longtemps, sont d'avis tout différent : à leurs yeux, la gastro-entérite aiguë des enfants joue un rôle considérable dans la pathologie infantile ; elle est d'une fréquence inouïe ; chronique, elle se différencie assez bien de l'appendicite ; aiguë, son tableau clinique s'en rapproche et c'est plutôt par l'histoire du malade que par son état actuel que le diagnostic peut être fait.

Ils ont remarqué que bien souvent, les enfants opérés dans de semblables conditions avaient ultérieurement de nouvelles poussées aiguës. L'opération ne les avait donc point guéris. Le microscope montre d'autre part sur les appendices enlevés en pareil cas, un très petit nombre de lésions, entre autres la folliculite hémorragique qu'on sait actuellement n'être rien (Letulle), mais due seulement à un phénomène mécanique (ligature brusque du méso).

Un point encore litigieux, réside dans la relation entre l'entéro-colite en général et l'appendicite. Au surplus qu'est-ce que l'entéro-colite et qu'est-ce que l'appendicite ? Actuellement on ne s'entend pas sur ces points. Les uns, ce sont surtout les chirurgiens, affirment catégoriquement que le nourrisson trop ou mal alimenté a rapidement une gastro-entérite qui le conduit pour le moins à l'entéro-colite chronique, sinon au rachitisme. Sorti de la première enfance, il conserve cette entéro-colite. Celle-ci augmente en général si les causes qui l'ont fait naître, subsistent toujours.

Elle présente des phases aiguës ; elle conduit souvent à l'appendicite, qui n'est qu'une conséquence de l'entéro-colite. Les autres, et ce sont surtout les médecins, distinguent nettement la colite de l'appendicite qui n'est qu'un accident surajouté, qu'un épiphénomène et affirment avec non moins d'assurance, avec beaucoup d'observations à l'appui que l'appendicite aiguë de l'enfant se voit fréquemment associée à de l'entérite parce que l'entérite est à peu près constante chez les enfants.

Chez l'adulte, il est à peu près admis à l'heure actuelle, par tous, que l'appendicite n'a rien à voir avec l'entéro-colite chronique. Mais l'enfant a toujours de l'entéro-colite, question de degré simplement ; mais pas plus chez lui que chez l'adulte, l'appendicite n'est consécutive à l'entérite du gros intestin.

L'interrogatoire soigneux du malade et surtout de sa famille éclairera sur la nature des accidents.

L'existence de poussées aiguës semblables antérieurement avec langue sale, avec constipation fréquente, suivie de débâcles diarrhéiques, attirera l'attention sur l'entérite. En cas d'entérite, l'enfant va difficilement à la garde-robe, il faut des lavements répétés pour obtenir une selle ; les matières fécales sont dures, blanches, parfois un peu sanguinolentes, d'autrefois des glaires les accompagnent ; plus souvent elles s'éliminent par bloc, puis la constipation recommence,

elle dure 2 à 3 jours jusqu'à de nouveaux lavements ; de temps à autre, mais rarement, l'enfant a un peu de température, il ne mange pas bien, il a un peu de dilatation stomacale, avec clapotage ; rarement il vomit ; dans les intervalles, il mange beaucoup, en général trop ; dans ses selles on voit rarement du sable.

Ces malades opérés au cours d'une crise semblable voient les accidents reparaitre ensuite ; ils ont été opérés inutilement. M. Dieulafoy les a appelés les « balafrés ». Il cite entre autres le cas d'un malade opéré étant enfant à qui on avait enlevé l'appendice, qui fut étiqueté appendicite, et que M. Esmonet a soigné plus tard à Châtel Guyon pour entéro-colite : celle-ci ne l'avait point quitté.

A Plombières et à Châtel-Guyon surtout le champ d'observations est grand et on y voit beaucoup de malades qui opérés enfants viennent adultes faire traiter l'entéro-colite dont ils souffrent toujours.

Les médecins de ces stations suivent ces malades longtemps et l'on conçoit qu'il leur est aisé et même très facile de redresser des erreurs de diagnostic pour appendicite. Mais toute autre est la situation de l'opérateur qui doit prendre une décision brusque ; d'ailleurs on publie de temps à autre des observations incontestables et incontestées où l'ablation de l'appendice a fait disparaître les phénomènes même alors que l'appendice avait peu de lésions et que tout semblait faire croire à de l'entérite aiguë simple.

Que dire des appendicites appelées familiales ? Rien ne semble plus faux : l'entéro colite au contraire se voit bien souvent chez la mère et ses enfants.

M. Bottentuit par exemple connaît entre autres une observation curieuse : Une enfant fut opérée d'appendicite, à quelque temps sa mère le fut aussi, puis successivement deux autres enfants ; ultérieurement l'aînée refusa l'intervention. Il s'agis-

sait manifestement d'entéro-colite car il eût à les soigner dans la suite.

Il y a association quelquefois entre l'entéro colite et l'appendicite, mais il n'y a pas de dépendance.

Il faut songer à la grande fréquence de l'entéro-colite mais parfois le diagnostic est bien difficile lorsque la crise est très aiguë, fort douloureuse avec ballonnement.

L'existence d'un point douloureux de Mac Burney n'est pas suffisante pour affirmer l'appendicite.

Dans un autre ordre d'idées il est bon de ne pas exagérer les choses et ne pas voir partout de l'entérite muco-membraneuse ; on trouve parfois en effet des glaires dans les selles sans qu'on puisse les rattacher à cette affection.

M. Appert à sa consultation de Tenon a vu 4 ou 5 exemples d'enfants privés de leur appendice et qui avaient continué à avoir des crises d'entéro-colites.

Dans un nombre considérable de cas, les chirurgiens croient justifier leur intervention au cours de crises qui ne sont que de l'entéro-colite, en montrant que l'appendice était congestionné et atteint de folliculite. Le terme de folliculite hémorragique revient très souvent à la fin des observations. On sait actuellement que cette lésion n'existait pas. M. Letulle et Weinberg ont montré qu'il s'agissait d'une altération causée par la ligature brusque de l'appendice et de son méso.

« Il y a, dit Marfan à la Société de pédiatrie du 18 décembre 1906, au moins trois affections distinctes, qu'on étiquette entéro-colite muco-membraneuse ».

D'abord, les colites dysentériques, celles qu'à l'étranger on appelle entéro-colites folliculaires ; elles ne sont que des dysenteries vraies méconnues, dues au bacille de shiga ou à celui de Flexner. Puis cette affection qu'on ne rencontre guère que chez des adultes, et qui est caractérisée par des accès de colalgie spasmodique avec hypersécrétion muqueuse.

Il s'agit de névropathes, ou de ptosiques, ou de femmes

ayant une affection utéro-ovarienne, qui sont pris de temps en temps de douleurs violentes du côlon lequel est contracturé en forme de corde ; ces douleurs du côlon s'accompagnent d'une émission plus ou moins abondante de mucus, soit gélatiniforme, soit solide et membraniforme. Cette affection ne mérite à aucun titre le nom d'entérite.

Enfin, on entend souvent désigner sous le nom d'entérite muco membraneuse des cas qu'on devrait appeler constipation chronique avec coloménorrhée intermittente. Dans ces faits, très communs chez l'enfant de tout âge, ce qui est essentiel, c'est la constipation habituelle ; l'hypersécrétion muqueuse, plus ou moins abondante, plus ou moins durable, est un symptôme qui lui est associé d'une manière intermittente, accidentelle ; elle ne s'accompagne pas de phénomènes douloureux ou fébriles bien appréciables. L'hypersécrétion muqueuse est la conséquence de la constipation ; elle est probablement engendrée par le contact prolongé de matières durcies avec la muqueuse du côlon et par l'irritation qui en résulte. Mais, dans ces cas, la colosucchorée est exagérée et entretenue par une cause que j'ai déjà signalée et dont l'importance est par trop méconnue ; je veux dire l'abus des lavages et des lavements. Ces irrigations intestinales sont une cause certaine d'hypersécrétion muqueuse du côlon ».

CHAPITRE V

ERREURS DE DIAGNOSTIC AVEC LES VOMISSEMENTS ACÉTONÉMIQUES DE L'ENFANCE

Les vomissements acétonémiques de l'enfance constituent un cycle dit, Richardière, à la Société de pédiatrie du 17 janvier 1903, au cours duquel un enfant est pris à plusieurs reprises différentes, séparées par un temps variable, de crises se présentant dans les conditions suivantes :

Sans cause apparente, sans qu'on puisse invoquer un écart de régime quelconque, un enfant est pris brusquement de vomissements de nature variable, alimentaires, bilieux ou aqueux.

Ces vomissements se reproduisent avec une fréquence variable, soit spontanément, soit sous l'influence de mouvements ou de tentatives d'ingestions d'aliments solides ou liquides. Les vomissements ont lieu, souvent, sans nausée prémonitoire et se font sans effort, sans régurgitation, comme dans la méningite tuberculeuse. Très rapidement, presque dès le début de la crise, l'enfant présente un état d'abattement extrême. Son facies est grippé, ses yeux sont cernés, le ventre se creuse ou tout au moins se rétracte. Cet état dure un nombre de jours variable, de deux à plusieurs jours, parfois

il peut durer deux et trois semaines. Puis les vomissements s'arrêtent brusquement et la convalescence se fait avec autant de rapidité que la crise a été soudaine. Avec cet état si spécial, la répétition des crises est un autre élément non moins important du syndrome.

Les autres symptômes sont accessoires et paraissent avoir moins d'importance, car parfois absents chez le même enfant pendant une crise, ils peuvent être observés dans une ou plusieurs des crises ultérieures. Parmi ces symptômes qu'on peut considérer comme secondaires figure l'état de la température, le plus souvent normale mais parfois très élevée les premiers jours et dépassant 39° et même 40° . Le fonctionnement des voies digestives (diarrhée ou constipation) est également variable.

L'odeur aigrelette de l'haleine et l'acétonémie d'une réelle fréquence peuvent faire totalement défaut chez des enfants manifestement atteints de crises de vomissements à répétition.

Richardière, après Comby et Marfan, ont observé de l'ictère avec augmentation du volume du foie.

Dans une première série de faits, les crises se produisent chez des enfants dont les réactions hépatiques ont pour cause le tempérament bilieux, la cholémie familiale ou l'arthritisme.

Dans une deuxième série de faits assez rares, les réactions du foie sont vraisemblablement les conséquences des troubles intestinaux et plus particulièrement de la constipation.

Enfin dans une troisième série de faits, les réactions hépatiques sont provoquées par le début d'une maladie infectieuse quelconque, qui trouble momentanément les fonctions du foie. Dans cette dernière catégorie se rangent les faits de crises de vomissements à répétition, survenant au début de la grippe, de la rougeole, au début et dans le cours d'une appendicite.

M. Marfan est un des premiers qui ait signalé l'acétonémie dans les vomissements périodiques. Cette acétonémie n'est pas

une conséquence de l'inanition. Vomissements et acétonémie sont deux symptômes associés; on doit dire vomissements avec acétonémie et non vomissements par acétonémie. Ils frappent souvent les enfants d'une même famille et quelquefois la crise éclate en même temps ou à peu de jours de distance chez des frères ou des sœurs.

Dans les *Archives de médecine des enfants*, 1^{er} novembre 1901, M. Marfan montre que chez les enfants prédisposés, la crise peut éclater à l'occasion d'une autre maladie, au début d'une rougeole, d'une colite dysentérique, d'une méningite tuberculeuse. Il y a donc des formes associées et quelquefois une association avec l'appendicite.

A la Société de pédiatrie du 17 janvier 1903, Marfan dit que l'acétonémie est constante dans les cas de vomissements à rechute. Le 21 février 1903, il dit avoir constaté quelquefois un défaut de proportion entre les vomissements et l'acétonémie. La nature et la cause de cette affection ont donné lieu à des opinions tout à fait contradictoires.

Ce n'est pas une affection primitive de l'estomac ou du tractus gastro-intestinal : l'absence habituelle de tout autre trouble digestif que le vomissement, le défaut de modifications objectives de l'estomac et de l'intestin, la terminaison si brusque des accidents, l'absence des causes habituelles des affections aiguës de l'estomac, l'inefficacité du régime alimentaire pour prévenir le retour des crises, tout, en somme écarte cette manière de voir.

Pour quelques auteurs, c'est la cholémie familiale qu'il faut incriminer; pour d'autres, c'est l'arthritisme ou l'uricémie qui est en jeu.

Il ne faut pas confondre les vomissements acétonémiques avec les vomissements bilieux. Ceux-ci constituent un fait banal qui peut se produire dans nombre d'affections qui n'ont pas leur siège dans le foie, telle la méningite, l'appendicite, la péritonite, la colique néphrétique. Pour Roth, il s'agirait

d'une névrose de l'estomac. Pour Krotkow, ce serait la conséquence d'une pseudo-méningite engendrée elle-même par un empoisonnement alimentaire. Certains chirurgiens pensent ou ont pensé que les vomissements paroxystiques sont une forme larvée d'appendicite. D'après Marfan, cette manière de voir est erronée. Il relate à l'appui l'observation suivante :

Observation 39 (MARFAN). — A la fin de 1901 M. Brun me demanda de voir un enfant de 7 ans à qui il avait enlevé l'appendice en février de la même année. Or cet enfant avait à ce moment une crise typique de vomissements avec acétonémie. Cette crise rappelait celles qu'il avait eues auparavant et qu'on avait attribuées à l'appendicite. Comme, à l'opération, les lésions de l'appendicite avaient été trouvées très légères, on peut se demander s'il n'y avait pas eu une erreur de diagnostic.

Dans une autre observation, Marfan montre l'indépendance possible des 2 affections : vomissements acétonémiques et appendicite, leur association sur le même sujet.

Observation 40 (MARFAN). — Il s'agit d'une fillette âgée aujourd'hui de 6 ans. A l'âge de 23 mois elle eut une maladie fébrile qui débuta par des vomissements répétés et prolongés et se poursuivit par des accidents de colite membraneuse. A partir de ce moment l'enfant reste constipée et expulse quelquefois des glaires, rarement des muco-membranes.

A l'âge de 3 ans et 2 mois, survient une crise de vomissements incessants, qui dure 3 jours et demie ; cette crise a commencé par une brusque élévation de température (40°), suivie d'une chute rapide.

Aucun autre trouble intestinal qu'un peu de constipation ; aucun phénomène objectif du côté de l'abdomen et du foie : *absence complète de douleur abdominale*, odeur acétonique très accusée ; réaction de Libén et de Gehrhardt positives. J'ai pensé à l'appendicite le premier jour ; mais dès le second, j'ai fait le diagnostic de vomissements avec acétonémie.

Malgré la surveillance très sévère du régime alimentaire, deux crises semblables, mais plus légères, sont survenues durant l'année suivante.

Le 1^{er} décembre 1903, l'enfant ayant 4 ans 1/2, apparaissent brusquement les symptômes suivants : fièvre intense, vomissements, douleur abdominale vive à la pression, mais diffuse, sans aucune prédominance à droite ; ventre légèrement ballonné. Il y avait donc une péritonite aiguë ; chez une enfant de cet âge et dans les conditions où nous observions, cette péritonite ne pouvait guère avoir d'autre cause qu'une appendicite avec phénomènes douloureux anormaux : il fallait donc admettre ce dernier diagnostic. La malade soignée par M. Bouloche et par moi, fut vue par M. Broca ; nous fûmes tous d'accord sur l'existence de l'appendicite. Celle-ci céda très vite ; le troisième jour, tout avait à peu près disparu. Mais après avoir observé ces accidents, je me demandai si la crise de vomissements que j'avais observée plus d'un an auparavant et qui m'avait laissé dans l'incertitude le premier jour, n'avait pas été la manifestation d'une poussée d'appendicite.

Quoiqu'il en soit, après cette dernière crise, la malade fut vue par MM. Broca, Jalaguier et Walther, lesquels furent d'accord pour conseiller l'ablation de l'appendicite à froid. La fillette entra, vers la fin de janvier 1904, dans une maison de santé, où M. Walther devait l'opérer au premier jour. Elle y était depuis 48 heures environ, lorsqu'elle fut prise de vomissements avec odeur acétonique de l'haleine très forte, avec une légère constipation, sans douleur abdominale, sans aucun phénomène objectif, avec une température de 38° le premier jour. La crise dura deux jours et demi. Cette fois, il ne me parut pas douteux qu'il s'agissait d'une crise de vomissements avec acétonémie.

M. Walther pensa à une poussée légère d'appendicite ; M. Jalaguier inclinait à accepter mon opinion.

L'opération fut pratiquée le 1^{er} février 1904 par M. Walther. L'appendice présentait un peu de gonflement des follicules dont l'un portait un petit point rougeâtre au centre, il y avait des traces d'adhérences péritonéales ; dans le méso, se trouvait un ganglion gros comme un petit haricot, que M. Walther enleva. L'appendicite était donc incontestable, et les incertitudes recommencèrent.

Au mois de mai, l'enfant se plaint de la jambe droite et boite en marchant. Une radiographie montra qu'il y avait à la partie supérieure du péroné une fracture dont la cause ne peut être découverte.

Le 25 octobre 1904, neuf mois après l'ablation de l'appendice, la mère s'aperçoit dans la matinée que la fillette exhale une odeur qui présage une crise de vomissements ; c'est l'odeur d'acétone qu'elle a appris à reconnaître dans les crises antérieures.

Le soir du même jour, les vomissements éclatent et la température monte à 38°. La crise dura 48 heures avec 12 vomissements par jour environ ; les vomissements ont rejeté d'abord des aliments, puis un liquide presque incolore, enfin vers la fin un liquide jaunâtre. Cette crise a eu lieu à la campagne ; je n'ai pas pu voir l'enfant ; mais la mère m'a tenu au courant de ce qui se passait.

Cette crise est évidemment une crise de vomissements paroxystiques avec acétonémie.

J'ai soigné l'enfant au mois de novembre dernier pour une poussée de prurigo. A ce moment voici ce que j'ai constaté : foie et ventre normaux et sans aucune douleur, selles normales et régulières ; léger clapotage gastrique ; aucun stigmate de cholémie ; enfant très gaie, mais se fatigant très vite.

Les vomissements à répétition ne représentent donc pas une forme larvée de l'appendicite, mais le diagnostic de ces deux affections, relativement facile dans les cas typiques pourra être presque impossible dans certains cas. C'est en somme une affection bien spéciale et nettement définie au point de vue clinique mais dont la cause n'est pas connue.

Vomissements, acétonémie et acidose ne sont peut-être que des symptômes associés, que des conséquences concomitantes d'une même cause encore inconnue.

M. Richardière cite à la Société de pédiatrie 17 janvier 1905, page 30 des comptes-rendus, observation classée n° IV :

Observation 41 (RICHARDIÈRE). — Chez une enfant âgée de 12 ans, fille d'un de mes collègues, que plusieurs d'entre nous ont observée, une crise de vomissements à répétition et survenue après une appendicite refroidie, alors que l'enfant allait être opérée. Cette enfant avait des vomissements composés parfois de bile pure, extrêmement abondante. Le foie était manifestement augmenté de volume,

cette enfant avait à un haut degré l'odeur chloroformique de l'haleine, et les matières vomies renfermaient de l'acétone.

M. Comby pense qu'il s'agit dans les vomissements paroxystiques d'une intoxication générale, mécanique ou diathésique qui rapproche ce syndrome des autres paroxysmes arthritiques (accès de migraine, accès de goutte, accès d'asthme).

Les faits nouveaux qu'il a recueillis et dont il va donner la substance n'ont pu que le confirmer dans cette opinion.

« J'ai pris des notes sur 34 cas inédits observés depuis 1900. Sur ces 34 cas, 32 ont été recueillis en ville, dans des familles neuro-arthritiques, entachés de goutte (migraine), gravelle, asthme, eczéma, névroses, etc. Deux seulement ont été recueillis à l'hôpital, chez une fillette de 12 ans qui n'était pas de souche arthritique, mais offrait un bel exemple d'appendicite chronique méconnue et chez une autre de 5 ans, de souche neuro-arthritique ».

Observation 42. — Une fille de 12 ans entre le 10 janvier 1905, dans mon service à l'hôpital des Enfants-Malades. Parents bien portants sans tare arthritique. Née à terme, nourrie au sein de sa mère, l'enfant a marché à 13 mois. Rougeole, scarlatine, diphtérie dans les premières années. Depuis l'âge de 4 ans, vomissements paroxystiques revenant périodiquement, tous les 2 mois (6 fois par an en moyenne). Ces vomissements, qui s'accompagnent de constipation, de fièvre, de douleurs abdominales, durent trois ou quatre jours. En comptant 6 crises par an, nous arrivons à un total de près de 50. Le 7 janvier 1905, nouvelle crise semblable aux précédentes, et que nous avons pu observer. Nous avons constaté, outre les vomissements incoercibles et la constipation, une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, et bientôt la formation d'un boudin qui ne permettait plus de douter de l'appendicite.

« Voilà donc un cas d'appendicite chronique à rechute qui s'est traduit pendant 8 ans par des vomissements périodiques. Ce cas n'est pas unique. Tous les chirurgiens qui voient beaucoup d'appendicites, en ont observé de semblables et j'en ai moi-même rencontré un second

cas (petit garçon de 7 à 8 ans qui a guéri de ses vomissements cycliques après l'opération de l'appendicite). Il y aura donc lieu, désormais, en présence des vomissements cycliques, de songer à l'appendicite.

Si je déduis les deux cas dont je viens de parler, je trouve 32 autres cas de vomissements périodiques dans lesquels vraisemblablement il ne pourrait être question d'appendicite, mais seulement d'arthritisme à un très haut degré. Si je voulais tirer une conclusion de cette statistique, je dirais que plus de 6 fois sur 100, les vomissements cycliques sont dus à l'appendicite.

Les vomissements cycliques débutent rarement dans la première enfance ; j'ai cependant compté un cas avant un an ; le début des crises a eu lieu 5 fois dans la seconde année, 11 fois entre 2 et 3 ans, 8 fois entre 3 et 5 ans, 7 fois entre 5 et 10 ans, 2 fois entre 10 et 15 ans. Le maximum de fréquence se place entre 2 et 7 ans ; c'est dans la seconde enfance, après le sevrage, avant l'achèvement de la seconde dentition, que les crises se montrent le plus fréquemment. Au point de vue du sexe il y a une remarque à faire. Sur 34 cas, j'ai compté 24 filles, 10 garçons. La migraine aussi est plus fréquente chez les filles que chez les garçons et cette prédominance sexuelle plaide en faveur de l'assimilation entre la migraine et les vomissements cycliques. Ces deux syndromes sont des manifestations équivalentes de la diathèse arthritique.

L'hérédité névro-arthritique est d'ailleurs signalée dans toutes mes observations, sauf celle de la fillette atteinte d'appendicite dont j'ai parlé au début. J'ai retrouvé la goutte ou le rhumatisme chez les ascendants 10 fois, la migraine chez la mère ou chez le père 13 fois, l'asthme 6 fois, l'eczéma 5 fois, les névralgies 3 fois, etc.

Plusieurs enfants sont signalés comme grands mangeurs de viande. J'ai rencontré chez 2 l'eczéma, chez 8 la dilatation de l'estomac, chez 2 l'hypertrophie du foie, chez 1 le déplacement du rein droit.

Sur mes 34 derniers cas, je n'ai rencontré des manifestations hépatiques notables que dans deux cas.

J'ai pourtant recherché l'état du foie dans tous les cas. Mais je n'ignore pas que d'autres ont noté l'hypertrophie, et même à l'autopsie, la stéatose du foie.

Je ne nie donc pas la sensibilité des troubles hépatiques, mais, vu

leur rareté, je ne crois pas qu'ils jouent un rôle pathogénique quelconque dans la production et l'évolution des vomissements à rechute.

Si le foie ne m'a pas semblé habituellement malade, en revanche le tube digestif a été presque toujours atteint. L'entérite muco-membraneuse, avec expulsions de glaires, de mucosités, de sang, de fausses membranes, est signalée 8 fois. La constipation, presque constante, est expressément mentionnée 30 fois sur 34 cas : une fois seulement il est dit que les enfants n'avaient pas de constipation habituelle.

Dans un cas, l'enfant avait l'habitude d'ingérer toute sorte de corps étrangers et notamment de la terre (géophagie).

Chez trois enfants, j'ai observé la coïncidence de végétations adénoïdes volumineuses ; chez cinq autres, une angine aiguë avec tuméfaction des amygdales et points blancs précédant habituellement les crises de vomissements.

La température du corps n'a pas été prise par les parents dans tous les cas ; 12 fois elle est signalée comme élevée les chiffres de 39°, 39°, 5 40° ayant été atteints. Dans 6 cas, il est dit que les vomissements ont évolué sans fièvre et dans les autres cas, il est impossible d'affirmer que la fièvre ait été absente.

Il en résulte que la fièvre paraît accompagner la plupart des cas. Deux de mes malades avaient rendu du sable dans leurs urines.

Au début les vomissements sont presque toujours alimentaires, et les parents croient à une indigestion.

Puis les matières rendues sont pituiteuses ou bilieuses. Parfois il y a des filets de sang : dans deux de mes cas l'hématémèse est signalée.

L'odeur chloroformique ou acétonique de l'haleine et des matières vomies est notée 10 fois sur 34 cas. Une fois, la mère dit que l'odeur de l'haleine était alliée, et une autre fois qu'elle rappelait l'odeur d'une pomme acide.

Le diagnostic, pour les premiers accès a été très incertain. On a pensé 4 fois à la méningite, 4 fois à l'appendicite, 4 fois à la migraine, 1 fois à la péritonite, 1 fois à l'occlusion intestinale.

Le pronostic *quoad vitam*, est bon dans l'immense majorité des cas. Cependant, un de mes malades est mort dans une crise qui était la septième ou huitième après avoir vomi du sang en caillots.

La mortalité dans ma statistique serait donc de près de 3 0/0. Le docteur Cozer Griffith (de Philadelphie), a rapporté deux cas de mort

dans ses observations personnelles d'ailleurs très peu nombreuses ; un troisième cas a été observé par Holt, et un quatrième par Langmead (*Brit. med. jour.* 18 février 1905).

Les vomissements à rechute ne sont donc pas toujours d'une absolue bénignité, outre l'appendicite qu'ils peuvent masquer, et dont la gravité est grande, ils peuvent eux-mêmes entraîner parfois la mort.

En résumé, il semble résulter des 34 cas récents que j'ai recueillis depuis 4 ans comme des autres cas que j'avais recueillis auparavant, que le syndrome vomissement cyclique ou périodique des enfants, quand il n'est pas symptomatique de l'appendicite est une des nombreuses expressions cliniques de la diathèse neuro-arthritique, comparable à la migraine. En effet, il ne s'observe pour ainsi dire pas à l'hôpital dans la clientèle pauvre ; il est très fréquent au contraire dans la clientèle riche, chez les arthritiques.

Il peut coïncider ou alterner, chez le même enfant, avec d'autres manifestations arthritiques. Comme la migraine, il est plus commun chez les filles que chez les garçons.

Les troubles digestifs préalables, en particulier la constipation, parfois aussi l'entérite muco-membraneuse sont très fréquemment observés. L'hypertrophie hépatique et l'ictère, sont très rares, et il est probable que le foie doit être mis hors de cause dans la pathogénie de ce curieux syndrome. Au point de vue thérapeutique, ce qui m'a le mieux réussi, c'est le régime végétarien associé aux alcalins et à l'hydrotérapie, dans l'intervalle des crises ».

M. Louis Céard a fait une thèse le 17 mars 1904 Paris n° 244, intitulée : *Essai sur les vomissements avec acétonémie*.

Dans la 4^e partie de cet ouvrage, page 88, il traite des rapports des vomissements avec acétonémie et de l'appendicite.

« C'est un diagnostic différentiel à faire, qui a un intérêt tout particulier au point de vue du traitement.

Le vomissement avec acétonémie, est souvent l'aboutissant de troubles digestifs, et les entéro-colites de l'enfance favorisent son apparition. L'appendicite vraie, non pas la pseudo-appendicite, ne survient que rarement et à titre exceptionnel,

dans le cours des entéro colites : c'est l'opinion de plusieurs auteurs tels que Potain, Duguet, Hutinel, Dieulafoy, Glénard, Berger, Langerhagen, Ewald.

Mais l'une et l'autre affections ont certains symptômes communs : un début souvent brusque, des nausées puis des vomissements, de la constipation, de la douleur dans la fosse iliaque droite. Dans l'appendicite classique de moyenne intensité, l'hésitation ne sera pas de longue durée. A l'examen du malade, on peut trouver le ventre tendu et douloureux en différentes régions ; mais par une palpation méthodique et attentive répétée plusieurs fois en quelques heures, si c'est nécessaire, c'est dans la zone appendiculaire, c'est au point de Mac Burney, qu'on arrive à localiser ce que le premier Dieulafoy a appelé la triade douloureuse : douleur très vive et exaspérée par la pression, contractions et défense du muscle sous-jacent, hypéresthésie cutanée correspondante. La précision et la netteté des symptômes imposent en quelque sorte le diagnostic. Rien de semblable ne s'observe dans le vomissement avec acétonémie. Dans plusieurs cas, l'examen de la fosse iliaque droite révèle une certaine sensibilité, mais cette sensibilité ne présente pas la localisation si spéciale de la douleur appendiculaire : il s'agit alors du cæcum et du colon ascendant remplis de matières fécales (boudin iléo-cæcal de Glénard), mais à la percussion il y a de la matité et de la douleur ; il faut néanmoins reconnaître que dans les formes bénignes et atténuées d'appendicite, le diagnostic peut présenter certaines difficultés.

Dans les cas séricux, il importe de le faire d'une façon précise, l'intervention ayant d'autant plus de chance de succès, qu'elle est pratiquée de meilleure heure, mais alors les symptômes sont assez nets pour permettre au clinicien de reconnaître sans hésitation la nature de l'affection. Quand les phénomènes morbides sont peu intenses et quand le doute persiste, on instituera une thérapeutique rationnelle, en répé-

tant plusieurs fois au besoin, l'examen du malade, et en surveillant avec une scrupuleuse attention l'évolution des accidents ».

Observation 43 (in thèse GÉARD). — P. Léonie, 8 ans, entrée le 20 février 1903, salle Jüller, lit n° 3. L'enfant est passée du service de M. Albarran, où elle n'a séjourné que quelques heures. Elle se plaint à son arrivée dans le service de vives douleurs abdominales, s'accompagnant de vomissements. Vive agitation. Evolution antérieure. Dans la nuit du 19 au 20 février, l'enfant, qui la veille n'avait rien présenté d'anormal, se réveilla tout à coup et se mit à crier puis elle fut prise de vomissements, rendant des matières blanches que la mère qualifie de glaires. Dans la nuit même elle est admise d'urgence en chirurgie elle y continue à vomir, sans que les matières rendues aient été à aucun moment fécaloïdes. Elle a encore salle Gübler quelques vomissements qui lui causent, dit-elle, une sensation d'amertume, de brûlure presque. Elle rejette le lait qu'elle prend avant qu'il ne soit caillé. La mère affirme que l'enfant n'a rien absorbé qui pût justifier un empoisonnement.

Antécédents personnels. — L'enfant a été jusqu'ici considérée comme bien portante. A signaler cependant qu'elle tousse de temps en temps.

Antécédents héréditaires. — Le père tousse depuis très longtemps, il a beaucoup maigri et a présenté il y a quelques mois des hémoptysies. La mère, cyphotique, est assez bien portante. Trois autres enfants, dont l'un est bacillaire.

Etat à l'entrée. — L'enfant, dressée sur son lit, voudrait à chaque instant s'en échapper. Elle crie et demande surtout à boire. Facies un peu grippé; yeux légèrement excavés et bistrés; battements des ailes du nez précipités; lèvres et langue sèches.

Rien d'anormal du côté de l'abdomen à l'inspection.

Appareil digestif. — Soif extrêmement vive. L'enfant boit avidement le lait qui lui est offert, mais le rejette aussitôt. Palpation non douloureuse, sauf dans une région assez bien limitée à l'épigastre, et s'étendant un peu vers l'hypocondre gauche sur une largeur approximative de 10 centimètres. Défense musculaire quand on insiste pour palper. Rien de particulier à la percussion.

Appareil respiratoire. — Toux peu fréquente. A droite, submatité sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse, avec quelques râles sous crépitants fins et une expiration prolongée dans cette dernière zone. Rien à la base et au hile. A gauche, quelques râles sous crépitants dans la fosse sus-épineuse.

Appareil circulatoire. — Pointe du cœur près de la cinquième côte. Pas de bruits anormaux.

Appareil génito-urinaire. — Urines peu abondantes chargées en urates Ni sucre, ni albumine.

Système nerveux. — Agitation extrême et incessante.

Traitement. — Lavements froids. Injection d'huile camphrée et caféine. Notion cordiale avec acétate d'ammoniaque.

21 février. — Dans l'après-midi du 20, état sensiblement stationnaire, avec 38°,9.

Dans la nuit du 20 au 21, une garde veille en permanence auprès de l'enfant qui veut quitter son lit, demande sans cesse à boire et rejette une partie du lait absorbé.

Le 21 au matin, les vomissements diminuent comme fréquence et comme abondance : l'agitation est moindre. La sensation de soif reste très vive : l'enfant veut boire son urine. Une selle à peu près normale T. 38° le matin, 38°,4 le soir.

22 février. — Nuit beaucoup plus calme que la précédente. Un peu de sommeil, l'enfant n'a plus cherché à quitter son lit.

Vomissements rares, soif moins vive. Température du matin 38°, du soir 38°,5.

23 février. — Calme à peu près complet. L'enfant ne se plaint plus de l'abdomen. Plus de sensibilité à la pression du niveau de l'épigastre et de l'hypocondre gauche. Une selle. Température 37°,7.

La sensibilité à la douleur est normale partout, peut-être un peu diminué à la zone gauche. Réflexe cornéen normal.

Abolition presque complète du réflexe pharyngien.

26 février. — L'enfant est rendue à sa famille.

Chez cette malade, on avait cru à une appendicite, aussi l'avait-on envoyée en chirurgie, puis on l'avait envoyée en médecine croyant à une intoxication, enfin on avait pensé à

un état nerveux. En somme aucun diagnostic ferme avait été établi.

Dans les formes larvées de l'appendicite, la triade est en partie masquée par d'autres symptômes qui dominent la scène. Chez certains malades, les vomissements ont une telle importance qu'ils attirent à eux seuls l'attention. Prévenus de ce fait, certains chirurgiens pensent que souvent l'appendicite se cache sous les vomissements avec acétonémie qui constituent alors pour eux une forme larvée de l'appendicite. Voici une observation de M. Hutinel qui va à l'encontre de cette théorie.

Observation 44 (M. HUTINEL, in thèse Céard). — Il y a quelques années, à Rouen, j'ai vu un enfant atteint d'une crise de vomissements qu'on appelle uricémiques. Plusieurs médecins réunis en consultation avaient posé le diagnostic d'appendicite, l'opération fut résolue et l'intervention pratiquée. Pendant les 3 premiers mois qui suivirent, l'enfant fut dans un état de santé satisfaisant, mais il présenta alors une nouvelle crise d'intolérance gastrique semblable à la première et depuis plusieurs crises successives se sont produites, tout en s'espaçant et devenant moins intenses. Donc, l'appendice n'était pas chez ce petit malade comme on l'avait cru, la vraie cause des accidents, l'enfant s'est amélioré par le régime et l'hydrothérapie.

Observation 45 (*idem*). — J'ai observé à Amiens un autre enfant chez qui un médecin et un chirurgien avaient conclu à une appendicite. Or je n'ai trouvé aucun symptôme me permettant d'affirmer cette affection et rien dans l'évolution ultérieure de la maladie n'a justifié cette hypothèse ; il s'agissait de vomissements avec acétonémie.

« Pour M. Richardière (Société de pédiatrie 21 mars 1905) les différences symptomatiques entre les crises d'appendicite et les crises de vomissements à répétition sont assez tranchées dans la plupart des cas pour que le diagnostic soit facile. Dans les crises de vomissement, il y a prédominance des vomissements, absence de douleurs abdominales, rétrac-

tion de ventre, collapsus rapide, se terminant en brusque avec retour presque immédiat à la santé.

Dans les crises d'appendicite, les vomissements sont rarement aussi fréquents et aussi spontanés. Sauf au cas de péritonite, le collapsus n'existe point et alors le ventre est plutôt ballonné. La terminaison se fait lentement, la convalescence est toujours longue, avec persistance fréquemment prolongée de la douleur localisée.

S'il y a des doutes dans quelques cas, c'est que chez les enfants sujets à des crises de vomissements à répétition, il semble qu'une crise d'appendicite survenue accidentellement puisse provoquer une crise de vomissements à répétition.

L'acétonémie n'est pas la caractéristique des vomissements à répétition car grande est la fréquence de l'acétonémie en dehors de ces vomissements. En outre, d'autres formes de vomissements symptomatiques peuvent s'accompagner d'acétonémie, exemple : appendicite, méningite tuberculeuse.

D'autre part à l'occasion d'une crise d'appendicite, il peut y avoir un symptôme rappelant la crise de vomissements à répétition. Richardière observa même coïncidence chez une enfant qui eût une crise grave de vomissements à répétition pendant la convalescence d'une appendicite. En dehors de la fréquence des vomissements, de leur répétition et souvent aussi du collapsus qu'ils déterminent, il n'y a pas de caractéristique spéciale de ces vomissements.

Pour Richardière, les vomissements à répétition n'existent pas en tant que maladie autonome, car ils n'ont ni caractéristique, ni cause spéciale ; ils s'observent surtout chez des enfants de souche arthritique, particulièrement nerveux et ils peuvent se produire parfois indépendamment de toute maladie intercurrente, parfois aussi sous l'influence du froid ou de la cholémie familiale, de l'appendicite ou d'une quelconque des maladies de l'enfance.

Appert apporte une observation de crises de vomissements

acétonémiques survenus à trois reprises, immédiatement après une éruption dentaire ; il n'a jamais observé la coexistence de vomissements paroxystiques et d'appendicite ; la coexistence est possible, mais il croit qu'on a tendance à exagérer cette fréquence de même que celle de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse. Mais le diagnostic n'est pas toujours aisé entre les vomissements acétonémiques et l'appendicite aiguë. Broca, à la Société de pédiatrie du 21 février 1905 eût l'occasion de le montrer. M. Marfan craint que des chirurgiens attribuent à l'appendicite tous les cas de vomissements périodiques acétonémiques.

Je crois que, parmi ces vomissements, il en est, plus nombreux qu'on ne le pense, qui relèvent d'appendicites méconnuës. Marfan vient de dire qu'il l'admet. Comby aussi et avec plus de fréquence. Je me borne à aller un peu plus loin que Comby dans son appréciation sur cette fréquence. L'an dernier, j'ai parlé de symptomatologies parfois très importantes où l'élément réflexe semble prendre le pas sur l'élément inflammatoire, engendrées par certaines appendicites chroniques et l'ayant toujours été, j'ai signalé deux observations de vomissements incoercibles sans trace de péritonite, guéris à la minute pour ainsi dire par l'ablation de l'appendice, où les signes locaux de l'appendicite étaient bien insignifiants.

Dans l'un ni M. Variot ni moi n'avaient pensé à l'appendicite avant l'opération. Dans l'autre, nous trouvâmes à un très léger degré, les signes physiques de l'appendicite chronique et nous y songeâmes surtout à cause de l'histoire du premier malade, si bien que M. Kirmisson consulté avant moi avait refusé d'opérer croyant à une méningite. Cette enfant, actuellement est en santé florissante et n'a plus eu un seul vomissement depuis le mois de mars dernier ; je lui ai réséqué l'appendice.

Cette question des vomissements incoercible, n'est pas iden-

tique à celle des vomissements périodiques acétonémiques ». Voici une observation typique :

Observation 46 (Broca). — Au printemps 1903, je fus consulté pour une enfant de 5 ans 1/2, fille d'un de mes amis, atteinte d'une légère scoliose rachitique ayant eu une mauvaise nourrice, des troubles digestifs alors qu'elle était tout nouvelle née, puis à 3 mois une broncho-pneumonie grave; l'état gastro-intestinal continuait à rendre l'alimentation difficile.

A partir de l'âge de 10 mois, l'enfant avait commencé à souffrir d'embarras gastriques qui rendirent le sevrage laborieux, et ces troubles prirent de suite une allure périodique, avec des crises qui jusqu'à l'âge de 5 ans se reproduisirent de 2 en 2 mois. Chaque crise commençait par des vomissements accompagnés d'un état alarmant de collapsus, avec abaissement considérable de la température (on l'a vue à 35°,4) : au bout de quelques heures, la température s'élevait, montant jusqu'à 40°, une poussée de gros boutons herpétiques aux membres se produisait souvent, et enfin au bout de 7 à 8 jours, l'état redevenait normal. A partir de l'âge de 5 ans les crises s'espacèrent, ne revenant plus que tous les 5 à 6 mois. MM Marfan et Bouloche avaient tous deux diagnostiqué pendant 6 ans des vomissements périodiques avec acétonémie. Je voulus palper moi-même d'une main chirurgicale le ventre de cette enfant qui vomissait sans motif. Je sentis un cœcum gargouillant, manquant un peu de souplesse. Il me parut en outre qu'à la palpation profonde, je trouvais en cette région une très légère sensibilité avec une toute petite défense musculaire. Et je prédis aux parents, un peu étonnés, que j'aurais peut-être bien un jour ou l'autre à aller chercher l'appendice. En tout cas je demandai à être convoqué d'urgence à la première crise. Le coup de téléphone fut pour le lendemain. Cette fois, je fus presque affirmatif car l'enfant, très intelligente et très précise, me dit que dans le ventre elle souffrait à droite plus qu'à gauche, que vers le point de Mac Burney, je lui faisais en appuyant plus mal que dans le reste de l'abdomen.

Et l'attaque survenant dès le lendemain d'une palpation profonde, prolongée, ne fut pas sans influencer sur mon jugement, car je ne pus m'empêcher d'admettre que j'avais par des tiraillements, des pres-

sions, réveillé une inflammation latente. Je crois l'odeur acétonémique de l'haleine tout à fait banale dans les appendicites avec vomissements et langue saburrale, aussi n'en tirerai-je pas grand compte. Le doute étant permis, on attendit, avant de proposer une opération, une atteinte mieux caractérisée. En mars 1904 nouvelle crise sans rien de net : vomissements sans douleur abdominale ; la fièvre dura seulement 24 heures.

En juillet pendant une crise, il y eût des douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Un médecin hésita quelques jours plus tard, les hésitations durent cesser car le 12 août à midi : vomissements, vives douleurs dans la fosse iliaque droite, langue blanche, haleine acétonémique, température $39^{\circ},2$, pouls 130° ; un chirurgien de métier (docteur Pascal de Trouville) déclara quelques heures plus tard qu'il existait dans la fosse iliaque un gros plastron inflammatoire. Les accidents locaux s'amendèrent très vite, mais à partir de ce moment tous les essais d'alimentation même légère provoquèrent des rechutes et finalement j'opérai le 14 septembre : lésions appendiculaires anciennes et très accentuées, la pointe de l'épiploon indurée, s'enroulait autour de la base de l'appendice, court, gros, blanc, dur, fibreux et oblitéré sous la bague épiploïque, atteint sur le reste de son étendue de folliculite hémorragique. La masse inflammatoire ainsi constituée était située juste au détroit supérieur, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, en un point où l'on ne peut avoir de renseignement bien précis ni par la palpation simple, ni par le toucher rectal, et cela explique l'absence des signes physiques habituels de l'appendicite à toutes les crises, sauf la dernière. Et même à celle-ci la symptomatologie locale fut anormale en ce sens qu'à plusieurs reprises, pendant le mois de crises subsistantes qui précéda l'opération. Pascal et moi constatâmes la formation étonnamment rapide et la disparition non moins rapide d'une tuméfaction iliaque pour ainsi dire en accordéon ; mon collègue après s'être demandé à sa première visite s'il n'allait pas être nécessaire d'inciser d'urgence un abcès, se demanda le lendemain, ne sentant plus rien de gros, s'il n'y avait pas eu simple stase stercorale dans le cœcum et si dès lors une appendicite était bien en cause. J'ai constaté souvent ces oscillations, dues à des lymphangites de l'épiploon, et on sait, d'une manière générale,

que l'épiploïte est un élément capital dans le plastron de l'appendicite aiguë.

Peut-être l'adhérence épiploïque, tiraillant l'estomac a-t-elle été pour quelque chose dans la forme clinique des accidents où les vomissements furent si prédominants. Le fait certain est que les lésions appendiculaires étaient la cause des vomissements périodiques, car, depuis le 14 septembre il n'y a plus eu aucune alerte, quoique l'enfant ne suive plus aucun régime alimentaire spécial.

Y aura-t-il ultérieurement, comme chez la fillette dont parlait Marfan, une reprise des vomissements ? Il serait imprudent de le nier, quoique l'état général de l'enfant se soit considérablement amélioré. C'était une hypotrophique, comme dit Variot, avec peau sèche, rugueuse, facilement eczémateuse ; depuis l'opération, sa peau est devenue normale, ses digestions sont excellentes et la proportionnalité évidente entre les lésions et la symptomatologie est en faveur de l'idée que la guérison sera définitive.

Observation 47 (Broca). — La guérison fut définitive chez un garçon pour lequel un médecin des plus distingués, se refusait à expliquer par une appendicite des embarras gastriques fréquents, très courts avec fièvre et vomissement ; on ne trouvait pas en effet les signes locaux habituels, réduits à une médiocre douleur à la pression pendant quelques heures, et cependant je réséquai une appendice gros, dur, surtout adhérent, caché dans le haut du petit bassin, devant la symphise sacro-iliaque.

Observation 48 (Broca). — Une fille de 4 ans, auprès de laquelle je fus appelé par M. Bretonville (de Vincennes), avait été élevée au sein jusqu'à l'âge de 19 mois ; mais quoique les tétées fussent régulièrement espacées, elle eût des régurgitations fréquentes et même souvent des vomissements vrais, éloignés du repas. Ce fut en outre de tout temps une constipée opiniâtre. Née avant terme, à 8 mois, elle ne se mit à profiter que vers le 5^e mois, et parut engraisser malgré l'intervention toujours fréquente de ces vomissements, parfois accompagnés de fortes élévations de température. Au sevrage qui eût lieu à 19 mois, l'alimentation fut très difficile ; tout provoquait des vomissements, il fallait revenir au lait. En outre, apparurent en ce moment des syncopes avec pâleur du visage, yeux cernés, langue saburrale, fortes chutes de température ; et souvent il y eût

des selles muco-membraneuses. L'enfant ne supportait en somme guère que le lait et le bouillon de poulet. Après l'âge de 2 ans, où une pneumonie mit les jours en danger, les crises de vomissement s'espacèrent, mais s'accompagnèrent d'une douleur de ventre jusqu'alors inconnue. En septembre 1904 seulement, intervint le docteur Bretonville à l'occasion d'une crise violente, avec vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, constipation absolue, température entre 40° et 41°, odeur de l'haleine très forte et identique à celle des crises acétonémiques. Mais dans l'abdomen partout sensible, M. Bretonville trouva à la pression, une douleur bien plus vive au point de Mac Burney et un peu de défense musculaire à ce niveau; il diagnostiqua une appendicite chronique avec poussée de folliculite, sans empatement, sans péritonite. L'accès fut calmé en quelques jours par la diète hydrique et la glace sur le ventre, puis les parents répugnant à une opération, un régime sévère (lait, purée, œufs, compote de fruit) fut institué; répit de 3 mois.

Et comme les digestions se faisaient bien, on essaya au repas de midi la sole et la cervelle; tout de suite nouvelle crise, identique à la précédente, vite calmée, sans empatement. Je fus appelé le 24 janvier après cessation des accidents aigus et confirmai le diagnostic; on conclut à ne pas reculer l'opération, l'enfant impossible à alimenter de façon substantielle, était déjà assez affaibli. Le 26 janvier, je réséquai un appendice non adhérent, mais atteint de folliculite hémorragique très vive, et rempli de muco, pus sanguinolent.

Je signale en passant ce fait, que certains malades atteints d'appendicite, même au degré de simple folliculite, ne peuvent après une crise déterminée, supporter aucune alimentation. C'est le cas pour ces deux malades; je possède d'ailleurs plusieurs observations analogues. Sitôt après l'opération, l'alimentation a pu redevenir normale.

M. Richardière connaît au moins un cas où l'enfant a subi l'ablation de l'appendice, il y a deux ans et a eu depuis de nouvelles crises de vomissements.

Il existe, on le voit par ces différentes discussions, un processus pathologique que nous ignorons mais qui se traduit cliniquement par un tableau toujours semblable à lui-même :

les vomissements paroxystiques des enfants. On est d'accord sur la description des signes, à part quelques légers détails sur la fréquence de l'acétonémie par exemple. Les médecins connaissent cette affection depuis de nombreuses années ; elle était presque toujours restée dans leur ressort.

Mais, on a observé que ces vomissements à répétition pouvaient coïncider avec des états pathologiques variés. Dans certains cas, il y a eu, sans aucun conteste possible, coïncidence avec l'appendicite aiguë, dont ils ont pu paraître symptomatiques. De là, à faire de ces crises une forme larvée d'appendicite, il n'y eut qu'un pas vite franchi par les chirurgiens. A l'heure actuelle, l'hésitation est encore courante ; cependant, on admet que dans la généralité des faits bien observés, les vomissements avec acétonémie sont indépendants de la crise d'appendicite aiguë. L'ablation de l'appendice dans nombre d'observations relatées n'a pas empêché les accidents de reparaitre, soit que, l'appendicite n'ait été que concomitante toute par pure coïncidence, soit que par erreur de diagnostic, on eût enlevé qu'un appendice sain.

Quelques chirurgiens ont cependant opéré en pareil cas. La cessation des phénomènes, le rétablissement de la santé a été complet lorsqu'il y avait des lésions manifestes du péritoine, de l'épiploon ou même de l'appendice. On peut dire alors que les vomissements cycliques dans ce cas étaient vraisemblablement symptomatiques de l'appendicite.

D'autrefois, il n'y a eu que sédation momentanée et apparente guérison, l'enfant ayant vomi plus ou moins tardivement après, en crises dont il était coutumier.

Il faut connaître ce petit chapitre de la pathologie infantile ; une erreur de diagnostic de ce genre parfois difficile à éviter sans doute, entraîne à une intervention inutile.

CONCLUSIONS

L'appendicite aiguë est très fréquente chez l'enfant. En général, le diagnostic se fait aisément, car la netteté des signes conduit à la précision dans les indications opératoires.

L'étude des observations publiées actuellement, en nombre considérable, l'examen prolongé et suivi des enfants opérés d'appendicite, la comparaison des symptômes évoqués avec les lésions découvertes au cours de l'opération, la disproportion entre ces deux facteurs, permettent de dire qu'un certain nombre d'erreurs de diagnostic sont commises de temps à autre.

Parmi elles, les unes sont plutôt des curiosités, et difficiles à éviter, elles se reproduiront souvent ; les autres, sont de pratique courante en même temps que d'acquisition récente ; on peut les éviter.

Un kyste dermoïde à pédicule tordu, une péritonite à pneumocoques, une diverticulite de Meckel, une salpingite aiguë peuvent donner le change ; mais l'intervention chirurgicale est indiquée de toute façon.

Par contre, l'entéro-colite aiguë avec toutes ses variantes, l'helminthiase dans quelques-unes de ses formes, les vomissements acétonémiques dans le plus grand nombre, constituent la grande majorité des erreurs de diagnostic reconnues avec

évidence, ou masquées sous une apparence de lésion à l'appendice (folliculite hémorragique ou autre).

La péritonite tuberculeuse et ses formes anormales, des crises d'occlusion intestinale causées par elle, simulent, à s'y méprendre parfois, la crise d'appendicite classique.

La péritonite à gonocoques, avec son tableau dramatique, donne souvent lieu à la même erreur, erreur funeste souvent, puisque, en général tout au moins, la guérison spontanée est la règle dans ces cas.

Enfin, des pneumopathies diverses, surtout la pneumonie, ont un début douloureux, véritable point de côté abdominal, qui peut donner lieu à des méprises graves.

VU :

Le Président de la thèse,
P. BERGER.

VU :

Le Doyen,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

BROCA. — Leçons de chirurgie infantile. Tome I et II.

BLAIS (Henri). — Thèse Paris. 1906, n. 434. Contribution à l'étude des formes graves de l'appendicite chez l'enfant.

Bulletins de la Société de pédiatrie 21 février 1905, 18 avril 1905 (discussion sur la péritonite à gonocoque).

BLACKBURN (Willie). — Thèse de Paris. 1900, n. 190 (De la péritonite à pneumocoque).

BROCA. — Monographie sur l'appendicite (Baillière, éditeur).

CÉARD (Louis). — Thèse Paris. 1904, n. 244 (Essai sur les vomissements avec acétonémie),

Bulletins de la Société de pédiatrie. 17 janvier 1905, 21 mars 1905, 21 février 1905 (vomissements cycliques chez l'enfant).

BROCA. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (décembre 1902).

SOLÉIS. — Thèse 1899, sur le vomissement périodique chez les enfants.

COMBY. — *Société médicale des hôpitaux*. 1901 sur les vomissements périodiques).

— *Archives de médecine des enfants* 1901 et 1902 : Quelques syndromes arthritiques chez les enfants, uricémie et arthritisme chez les enfants.

Travaux médicaux de Paris n. 7 de 1907. Charles Laubry (vomissements cycliques de l'enfance).

LOMBARD. — *Gazette des hôpitaux*, 1861. Vomissements à répétition de l'enfance.

- MARFAN. — *Archives de médecine des enfants*, 1^{er} novembre 1901. sur l'acétonémie dans les vomissements périodiques.
- MARFAN. — Société de pédiatrie, 21 février 1905.
- BROCA. — *Tribune médicale*, n. 19 de 1906. Appendicites chroniques, diagnostic précoce et traitement des appendicites aiguës chez l'enfant (conférence faite le 19 mai 1906, à la Société de pédiatrie de Londres).
- GYR. — Thèse de Lausanne, 1903. Contribution à l'étude clinique de l'appendicite chez les sujets en bas âge.
- RAGAINÉ (Paul). — Thèse 1905-1906, n. 85. Appendicite vermineuse.
- HARDOUIN. — *Bulletin de la Société médicale et scientifique de l'ouest*. Séance du 4 mai 1906 : sur l'appendicite vermineuse.
- CARSON. — Société clinique de Londres, 23 février 1906 (observations d'appendicite vermineuse).
- LOMMA et PEYRONIE. — *Bulletin des sciences médicales de Tunis* (novembre 1903, pages 217 à 242). Observation d'appendicite vermineuse.
- ESMONET (Charles). — *Gazette médicale de Paris*. 5 janvier 1907, page 3. Diagnostic de l'entéro-colite muco-membraneuse et de l'appendicite.
- ROBIN (Albert). — *Bulletin général de thérapeutique*. 15 janvier 1907. Leçon de thérapeutique sur l'entéro-colite muco-membraneuse et son traitement.
- BLAIRON (Félix). — Thèses Paris, 1905-06, n. 301. Prophylaxie des gastro-entérites des nourrissons. La suralimentation et son remède.
- DESAUNAYS de GUERMARQUER. — Thèse Paris. 1905-06, n. 175. L'appendicite parasitaire.
- EHRRINGER (Charles). — Thèse Paris. 1905-06, n. 169. Contribution à l'étude des péritonites à pneumocoque et à streptocoque primitives.
- HAYEM (Edmond). — Thèse Paris. 1905-06, n. 273. Etude clinique de la pneumonie franche chez l'enfant.
- KIRMISSON. — Précis de chirurgie infantile. 1905.
- NOBÉCOURT. — Précis de médecine infantile. 1906.
- KIRMISSON et GUIMBELLOT. — *Revue de chirurgie* 10 octobre 1906. De l'appendicite chez le nourrisson.

- BOICHUT. — Thèse Paris. 1907. Contribution à l'étude des gastro-entérites infantiles. La reprise de l'alimentation après les accidents aigus.
- ROBIN (Albert). — *Bulletin médical*, n. 9 de 1907. Le traitement médical de l'appendicite.
- WAGON (Alfred). — Thèse Paris. 1904. L'appendicite chronique d'emblée.
- DIEULAFOY, LE DENTU, RECLUS, KIRMISSON. — Discussion à l'académie de médecine 1905 sur l'appendicite à propos d'une communication de M. Dieulafoy intitulée : Quantité de malades présentant de l'entérococolite sableuse, sont indûment opérés d'une appendicite qu'ils n'ont pas.
- BAMBERG (Karl.), 1905. — *Ueber appendicités-bei sauglingen. Inaugural dissertation*. Leipzig.
- GRIFFITH. — 1901 (*Archives of Pediatrics*) octobre 1901.
- GROUYAU GRONW. — Thèse Paris, 1905-1906, n. 451. Des occlusions intestinales appendiculaires.
- ROY. — Thèses Paris, 1906, n. 35. Entéro-colites et appendicites chez l'enfant.
- ROGINSKY. — Thèses Paris, 1906, n. 80. Contribution à l'étude du trichocéphale, son rôle dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, de l'appendicite, de l'anémie.
- HUTINEL. — Entérite folliculaire. *Traité de thérapeutique appliquée*. Tome XIII. Paris, 1898.
- CHAUVEAU — Thèses Paris. Chauveau, n. 4. L'appendicite à gauche.
- COMBY. — Entérites et appendicites chez les enfants, *Bulletin médical* 18 juillet 1906.
- LUINON. — Entérites et appendicites chez l'enfant. *Revue mensuelle des maladies de l'enfant*, août 1906.
- BRETON. — *Revue des maladies de l'enfance*, mai 1900.
- ROUX ET JOSSEMAND (de Cannes). — Entérites glaireuses et adénoïdites. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, août 1906.
- FROUSSARD. — Thèses Paris, 1900. Contribution à l'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse
- COMBY et MARFAN. — *Traité des maladies des enfants*. Article entéro-colite.
- SAILLANT. — Thèses Paris, 1906. Les sigmoïdites et perisigmoïdites.

- ATTIAS. — Thèses Paris 1901. De la rhino-pharyngite et de ses conséquences chez l'enfant.
- BOTTENTUIT. — *On some forms of pseudo-appendicitis* (entero-typhlocolitis; intestinal lithiasis). *Lancet*. London 1904, I. 1113-1115.
- MARFAN. — Sur la question de l'appendicite. *Société médicale des hôpitaux* 1903, 3. XX. 1360.
- BROCA. — Appendicites chroniques avec symptomatologie vague, *Bulletin de la société de pédiatrie*. Paris, 1904, tome VI, 176-187.
- Société de chirurgie*. — Paris, 1904. — Discussion sur l'appendicite, N. s. XXX, 212-217.
- KIRMISSON. — L'appendicite chez les enfants. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1904, tome XVIII, 149-151.
- TRIBOULET. — *Archives de médecine des enfants* mars 1898.
- BROCA. — Abscess appendiculaires de la région périnéphrétique *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1905. Tome XIX, page 97. — Appendicite à gauche, *idem*, page 145.
- WAITE (G. N.). — The diagnosis of appendicitis. Where the appendix lies in the pelvis, *J. med. soc. N. Jersey*, Newark, 1905, II, 7-9.
- NITIS (J. de). — Les fausses appendicites. *Presse médicale*. Paris, 1905, page 465.
- DIEULAFOY. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.
- RUDOLF FISCHL (Prague). — Les vomissements acétonémiques et l'hystérie infantile. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Juillet 1906.
- HÉRISSON (Gabriel). — L'appendicite tuberculeuse. *Revue générale in Gazette des hôpitaux*, n. 44 de 1906.
- GORDON (Mlle). — Thèses Paris, 1896. L'appendicite chez l'enfant.
- DERVAUX. — Point de côté abdominal et péritonite chez l'enfant; appendicite suppurée; diagnostic différentiel. *Journal des sciences médicales de Lille*. 1906. Tome II, 57-59.
- SICK (K.). — Zur diagnostischen Bedeutung der Hamatemesis bei appendicitis. *Deutsches arch. f. Klin. Md.* Leipzig, 1904-1905. LXXXII, 263-272.
- RIEDEL (d'Iéna). — *Archiv. für. Klinische, chirurgie von Lengenbeck*, 1906. 81 band. I. theil, page 186, sur la péritonite par salpingite aiguë des petites filles.
- Société de pédiatrie*. Décembre 1906.

HARTMANN. — *Revue annuelle de chirurgie in revue générale des sciences*, 1903, page 1000.

TRÉMOLIÈRES (Fernand). — Thèses Paris, 1906, n. 330. L'utéro-colite muco-membraneuse.

PÉTIT (Louis-Henri). — Thèse Paris, 1906, n. 84. Contribution à l'étude de l'appendicite tuberculeuse.

LANCET (Alphonse). — Thèses Paris, 1905-09, n. 205. La température et le pouls dans quelques appendicites aiguës.

AUMONT (Léon). Thèses Paris, 1905-06, n. 467. De l'appendicite cholériforme et de la diarrhée dans l'appendicite.

LELONG (Emile). — Thèses Paris. 1905-06, n. 7. La tuberculose iléo-cœcale chez l'homme et les animaux.

COURTOIS. — Thèses Paris, 1905-1906, n. 56. Actinomyose cœco-appendiculaire.

LETULLE ET WEINBERG. — *Archives des sciences médicales*, 1897.

APPERT. — *Société de pédiatrie*, 21 mars 1905.

BARBIER. — *Société de pédiatrie*, 18 décembre 1906

MÉRY. — *Société de pédiatrie*, 18 décembre 1906.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	1
CHAPITRE PREMIER. — Erreur de diagnostic avec l'inflam- tation du diverticule de Meckel	5
CHAPITRE II. — Erreurs de diagnostic avec la péritonite à gonocoques des petites filles consécutives à la vulvite . . .	13
CHAPITRE III. — Péritonite par salpingite aiguë des petites filles.	17
<i>Observations d'erreurs de diagnostic avec la péritonite</i> <i>tuberculeuse</i>	29
<i>Erreurs de diagnostic avec les pneumopathies</i>	31
CHAPITRE IV. — Erreurs de diagnostic avec les vers intesti- naux.	37
<i>Erreurs de diagnostic avec l'entérite aiguë</i>	43
CHAPITRE V. — Erreurs de diagnostic avec les vomissements acétonémiques de l'enfance.	50
CONCLUSIONS	71
BIBLIOGRAPHIE	73